

2 0 1 7

Santé Info Droits PRATIQUE A.10

DROITS DES MALADES

REFUS DE SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE, DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT ET DE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux assurés sociaux ayant des ressources inférieures à un certain plafond de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour leurs soins et de la dispense d'avance de frais (voir fiche 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 pratique C.4 sur l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière).

Enfin, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) consiste en une prise en charge partielle des cotisations à la mutuelle pour les personnes ayant de faibles ressources mais dépassant le plafond de la CMU-C (voir fiche pratique C.2.3).

Parallèlement, la réglementation met en place des dispositifs spécifiques pour favoriser le recours au système de santé des bénéficiaires de la CMU-C (5,5 millions d'assurés au 30 septembre 2016) et de l'AME (près de 300.000 bénéficiaires fin 2014). 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) – c'est le cas également pour les bénéficiaires de l'ACS ;
- les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire (CMU-C) en matière de santé sont définis par un arrêté du 28 mai 2014 ;
- les conditions de prise en charge et prix limites de vente des équipements d'optique applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire d'assurance maladie sont définis par un arrêté du 21 mai 2014 ;
- les conditions de prise en charge et prix limites de vente des prothèses auditives applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire en matière de santé sont définis par un arrêté du 21 mai 2014 ;
- 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 (c'est le cas également pour les bénéficiaires de l'ACS) ;
- les refus de soins au motif que le patient est bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS sont strictement interdits par l'article L1110-3 du Code de la Santé publique et sont ainsi considérés comme une discrimination.

Mais il apparaît que certaines de ces dispositions ne sont pas suffisamment respectées et se traduisent par une difficulté d'accès aux soins, problématique pour de nombreux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Il importe de bien connaître, en fonction des situations, les voies de recours existantes, les différentes procédures pouvant être engagées parallèlement :

Pratiques mises en cause		Instances ordinales (Conseils de l'ordre)	Défenseur des droits « Mission de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité » www.defenseurdesdroits.fr	Caisse de Sécurité sociale	Juridictions pénales (Procureur de la République)	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) www.economie.gouv.fr/dgccrf
Médecins	Refus de soins	<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique :</p> <p>« 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 ou du droit à l'aide prévus aux articles L861-1 et L863-1 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. [...] 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 ».</p> <p>Article 7 du Code de déontologie médicale (article R4127-7 du Code de la Santé publique) :</p> <p>« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes (...) ».</p>		Article L1110-3 du Code de la Santé publique	<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 5^e classe.</p>	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L121-11 du Code de la consommation (L511-6 du Code de la consommation).
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	<p>Article 53 du Code de déontologie médicale (article R4127-53 du Code de la Santé publique) :</p> <p>« 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 télé-médecine. 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 L1110-3 du Code de la Santé publique :</p> <p>« 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 ou du droit à l'aide prévus aux articles L861-1 et L863-1 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 [...] »</p>	<p>Article L162-5-13 I du Code de la Sécurité sociale :</p> <p>« 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 38.3 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 août 2016 :</p> <p>« De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires et la convention médicale (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L863-3 du Code de la Sécurité sociale ».</p>		
	Non respect de la dispense d'avance de frais (Refus de soins détournés)			<p>Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie du 25 août 2016 :</p> <p>Article 11 : « Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés. Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le médecin aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé. »</p> <p>Article 85 : « En cas de non-respect par le médecin des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie et notamment les dispositions conventionnelles, une procédure conventionnelle d'examen des manquements conventionnels ou réglementaires est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse. Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur : [...] - le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS ; [...] »</p>		
Chirurgiens 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 :</p> <p>« 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>		Article L1110-3 du Code de la Santé publique	<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 5^e classe.</p>	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L121-11 du Code de la consommation (L511-6 du Code de la consommation).
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	<p>Article R4127-240 du Code de la Santé publique :</p> <p>« Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières ».</p>		<p>Point 7.3.1 de la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie du 14 juin 2006 : sanction du non respect des dispositions conventionnelles telles que l'application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables.</p>		
Pharmaciens	Refus de vente	<p>Article R4235-6 du Code de la Santé publique :</p> <p>« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art ».</p>		Article L1110-3 du Code de la Santé publique	<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 5^e classe.</p>	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L121-11 du Code de la consommation (L511-6 du Code de la consommation).
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	<p>Article R4235-65 du Code de la Santé publique :</p> <p>« Tous les prix doivent être portés à la connaissance du public conformément à la réglementation économique en vigueur. Lorsque le pharmacien est, en vertu de la réglementation en vigueur, appelé à fixer librement les prix pratiqués dans son officine, il doit y procéder avec tact et mesure ».</p>		<p>Article 24 de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie du 4 mai 2012 :</p> <p>« Les parties signataires conviennent de la nécessité de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect du principe selon lequel les professionnels proposent aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des dispositifs médicaux aux prix limites de vente arrêtés par la réglementation. Dans ce but, le pharmacien dispense à ces bénéficiaires tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les dispositifs médicaux qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente, de manière à les exonérer de toute participation financière ».</p>		

CE QU'IL FAUT SAVOIR

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 la Caisse primaire d'Assurance maladie mais la procédure de sanction attend encore son décret d'application.

Près de sept ans plus tard, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit (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. En modifiant l'article L4122-1 du Code de la Santé publique, 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 doivent se réunir au minimum deux fois par an et remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé, qui sera ensuite 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.

La création, au sein des Conseils nationaux des ordres professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, de commissions chargées de l'évaluation des pratiques de refus de soins peut 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.

Notre candidature ayant été retenue pour siéger au sein de ces commissions, notre souhait est de rechercher 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.

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, si besoin aux moyens des aides et modèles de lettres proposées au sein de la fiche pratique A.10.1 « L'accompagnement par les associations des bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide médicale d'Etat ou de l'ACS, victimes de refus de soins » et en nous mettant en copie du signalement afin que des témoignages anonymes soient portés à la connaissance des ordres concernés et contribuent à guider les méthodologies d'enquête.

La Fédération des acteurs de la solidarité (FNARS) a créé un Outil d'évaluation des dysfonctionnements en matière d'accès aux soins. Elle invite donc tous les patients victimes de difficultés dans l'accès aux soins, éventuellement accompagné par une association ou un travailleur social, à remplir le questionnaire accessible au lien ci-dessous :
<http://enquetes-fnars.org/enquetes/index.php/912155?newtest=Y>

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 :

<http://france-assos-sante.org/sites/default/files/Signaler-un-refus-de-soins-en-tant-que-Asso-Lettres-types.doc>

- Lettre-type pour les victimes elles-mêmes :

<http://france-assos-sante.org/sites/default/files/Victime-saisines-refus-de-soins.doc>

A.9 – *La procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé*

<http://france-assos-sante.org/sites/default/files/10-Ordres%20professionnels-fiche-CISS.pdf>

C.2.2 – *La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)*

<http://www.france-assos-sante.org/sites/default/files/CMU-c.pdf>

C.2.3 – *L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)*

<http://france-assos-sante.org/sites/default/files/Aide-paiement-complementaire-sante-ACS.pdf>

C.4 – *Accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire*

<http://france-assos-sante.org/sites/default/files/20-AME-Aide%20medicale%20etat-fiche-CISS.pdf>

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME – Rapport du Défenseur des droits remis au Premier Ministre en mars 2014 :

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf

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 :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

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