

DOSSIER DE PRESSE

**ACTION  
CONTRE  
LES REFUS  
DE SOINS**

**CISS - FNATH - UNAF**



25 MAI 2009





## Communiqué de presse



Paris, le 25 mai 2009.

### **Renoncer à combattre les refus de soins, c'est renoncer au droit à la santé pour tous.**

Les sénateurs ont supprimé le testing. Ça devait leur faire peur. Bingo, le CISS l'a fait. Et les résultats ne sont pas brillants du côté des professionnels qui se targuent de servir avant tout l'intérêt des patients : **50 % de refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc par les spécialistes parisiens**, par exemple. Le principe constitutionnel de l'égal accès de tous aux soins en prend un coup, n'est-ce pas ?

Le CISS a aussi mené l'enquête dans **les caisses primaires d'assurance maladie** et montre qu'elles **ne sont pratiquement jamais saisies des refus de soins**. Preuve qu'il faut bien des mécanismes de protection nouveaux contre les refus de soins, là où les solutions du passé sont en échec.

Enfin, le troisième volet de notre enquête nous a mené du côté de l'aide sociale à l'enfance. Ces enfants, de droit bénéficiaires de la CMUc et souvent déjà confrontés à des situations personnelles et familiales difficiles face auxquelles le rôle de la collectivité est de leur assurer une protection maximale, rencontrent eux aussi des problèmes d'accès aux soins.

**Nos responsables politiques n'ont donc aucune raison de renoncer à lutter contre les refus de soins, à moins de pêcher par indolence ou de céder aux pressions tous azimuts.**

# **ACTION CONTRE LES REFUS DE SOINS**

**CISS - FNATH - UNAF**



**Pour notre part, nous continuons le combat pour l'égalité d'accès aux soins :**

- en rendant publique cette enquête et nos recommandations qui en résultent,
- en proclamant qu'une autre enquête menée par un organisme public existe et qu'elle est tenue secrète tant ses révélations confirment nos inquiétudes,
- en nous apprêtant à saisir la Haute autorité de lutte contre les discriminations,
- en préparant une campagne publique de mobilisation contre les refus de soins.

**Au nom de la cohésion sociale, nous réclamons le rétablissement de toutes les dispositions en faveur de l'accès aux soins qui se trouvaient dans le texte initial du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».** Face à une réalité aussi problématique et crûment documentée, le législateur ne doit pas manquer l'occasion de démontrer son attachement à l'égalité d'accès aux soins, principe constitutionnel de la République. C'est elle qui est en jeu.

## **Contact presse :**

---

**Marc Paris** – Responsable communication  
Tél. : 01.40.56.94.42 / 06.18.13.66.95 – [mparis@leciss.org](mailto:mparis@leciss.org)

**ADMD - AFD - AFH - AFM - AFP - AFVS - AIDES - Alliance Maladies Rares  
Allegro Fortissimo - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France - FFAAIR  
Familles Rurales - FNAMOC - FNAPSY - FNAIR - FNATH - France Alzheimer  
France Parkinson - Ligue Contre le Cancer - Le LIEN - Médecins du Monde  
ORGEKO - SOS Hépatites - Transhépate - UNAF - UNAFAM - UNAPEI  
Vaincre la Mucoviscidose**

# SOMMAIRE



## **QUAND DES MÉDECINS REFUSENT DE SOIGNER DES PATIENTS** - p.5

---

### **1. TESTING AUPRÈS DE 466 SPÉCIALISTES DE SECTEUR 2 INSTALLÉS DANS 11 VILLES DE FRANCE**

1.1 Méthodologie - p.7

1.2 Résultats - p.12

---

### **2. ENQUÊTE AUPRÈS DES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE SUR LA FRÉQUENCE DES REFUS DE SOINS ET LES ACTIONS DE LUTTE MISES EN PLACE**

2.1 Méthodologie - p.18

2.2 Résultats - p.19

---

### **3. ENQUÊTE AUPRÈS DE 20 CONSEILS GÉNÉRAUX PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DES ENFANTS PLACÉS EN FAMILLES D'ACCUEIL**

3.1 Méthodologie - p.21

3.2 Résultats - p.23



## 4. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

### 4.1 Analyse - p.25

- Des refus de soins plus ou moins répandus selon les villes et les spécialités
- Le renoncement des victimes de refus de soins à exercer leurs droits de recours

### 4.2 Recommandations - p.29

- **Recommandation n°1** : Améliorer le niveau d'information des usagers
- **Recommandation n°2** : Garantir des recours suivis d'effets
- **Recommandation n°3** : Reconnaître les résultats des enquêtes de testing comme mode de preuve à part entière
- **Recommandation n°4** : Diligenter une enquête nationale portant sur l'accès aux soins des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance
- **Recommandation n°5** : Appeler la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations à engager des moyens d'investigations pour lutter contre les refus de soins discriminatoires

# QUAND DES MÉDECINS REFUSENT DE SOIGNER DES PATIENTS



## ⊗ Qu'est-ce qu'un refus de soins illégitime ?

Le refus de soins illégitime correspond à la pratique de certains professionnels de santé qui refusent consultations, traitements, interventions chirurgicales et autres soins à un patient, assuré social ou pas pour des motifs prohibés.

## ⊗ Les refus de soins en chiffres

Malgré son caractère illégal, le refus de soins est une réalité.

Le Fonds CMU a diligenté une enquête, menée en 2005, dont les résultats ont été publiés en juin 2006.<sup>1</sup> Cette enquête a été réalisée auprès de 215 médecins et dentistes dans le département du Val-de-Marne. Il en ressort que les médecins spécialistes opposent un taux de refus élevé (41%) comme celui des dentistes (39,1%). Les médecins généralistes opposent quant à eux un taux de refus de soins de 4,8 % (1,6% pour les généralistes du secteur 1 ; 16,7% pour ceux du secteur 2).

Fin 2005, l'association Médecins du Monde a décidé de réitérer une enquête de testing, cette fois auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France.<sup>2</sup>

Les résultats sont les suivants :

- 37% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME),
- 10% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Plus récemment, l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de juillet 2008<sup>3</sup> démontre que plus d'un tiers de ces bénéficiaires de la CMU-c a déjà connu un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent médecin ou pharmacien.

En février 2009, un sondage LH2/CISS indique que les refus de soins touchent essentiellement les personnes aux revenus les plus faibles.

En effet, l'exposition aux refus de soins est fortement liée à la situation financière des personnes (3% des Français disent y avoir été confrontés en population générale, 13% parmi ceux ayant des revenus allant jusqu'à 1.000 €/mois), et les bénéficiaires de la CMU en constituent la majorité des victimes (plus de 60% des personnes qui se sont vu opposer un refus de soins sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle).<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>Desprès C., Naiditch M. , Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle, DIES, rapport final, mai 2006.

<sup>2</sup>Testing sur les refus de soins de médecins généralistes aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France, Médecins du Monde, septembre 2006.

<sup>3</sup>Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, DREES, mars 2008.

## Pourquoi certains médecins refusent-ils de soigner des personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME ?

- Empêchés dans leur droit à dépassements, certains professionnels opposent des refus de soins à leurs patients.

En effet, **interdiction est faite à tout médecin de facturer un dépassement de tarifs** à son patient lorsque celui-ci bénéficie de la CMU-C ou de l'AME sauf :

- en cas d'exigence particulière du patient (dépassement exceptionnel),
- en cas de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés (dépassement autorisé).

- Par ailleurs, il faut savoir que les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME bénéficient d'une dispense d'avance de frais quand ils consultent un médecin. Cette circonstance peut, dans certains cas et notamment quand le médecin a fait le choix de ne pas disposer du matériel de télétransmission, générer des délais de remboursement du professionnel plus ou moins longs et ces paiements différés peuvent expliquer certains cas de refus de soins.

**ACTION  
CONTRE  
LES REFUS  
DE SOINS**  
CISS - FNATH - UNAF



---

<sup>4</sup>Sondage LH2 réalisé pour le CISS les 6 et 7 février 2009 par téléphone auprès d'un échantillon de 1.052 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus (méthode des quotas).

# 1. TESTING AUPRÈS DE 466 SPÉCIALISTES DE SECTEUR 2 INSTALLÉS DANS 11 VILLES DE FRANCE

## ⊗ ⊗ 1.1. Méthodologie

Afin de mettre en évidence une discrimination des patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc), le CISS, la FNATH et l'UNAF ont mené leur enquête en procédant à une opération testing auprès d'un échantillon constitué de spécialistes de secteur 2. La technique du testing, si elle n'obéit pas aux modalités techniques requises pour le déroulé d'un sondage, permet toutefois de recueillir des informations valables et utiles à la démonstration.

De nombreuses précautions ont entouré le procédé dans le but de n'y introduire ni parti pris ni préjugé. Les médecins interrogés ont été sélectionnés selon une méthode qui s'est efforcée de garantir un niveau de représentativité satisfaisant et les aspects qualitatifs de l'entretien ont scrupuleusement été étudiés pour éluder un maximum de biais.

### ⊗ 1.1.1 Analyse qualitative du testing

#### • **But de l'enquête**

Par cette enquête, nous avons cherché à évaluer le taux de refus de soins opposés aux patients bénéficiaires de la CMUc par les médecins, spécialistes de secteur 2, dans plusieurs villes de France.

#### • **Une enquête téléphonique**

Nous avons choisi de procéder à un testing téléphonique pour des raisons de praticité et de faisabilité.

#### • **Durée de l'enquête**

Notre enquête s'est déroulée sur une période d'un mois : du 6 avril au 5 mai 2009.

#### • **Sources d'information**

Chaque professionnel interrogé a été sélectionné à partir de l'annuaire des professionnels de santé consultable sur le site de l'Assurance maladie : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

La recherche s'est faite en deux temps :

- tri par spécialité, exerçant en secteur 2, dans la ville choisie,
- choix aléatoire des médecins interrogés parmi la liste obtenue.

Dans la mesure du possible, nous avons constitué un échantillon respectueux de la parité homme-femme.

#### • **Profil des enquêteurs**

L'enquête a été effectuée par deux femmes, lesquelles ont utilisé un nom fictif et une adresse fictive. Dans certains cas, un numéro de téléphone portable a été communiqué aux médecins ou aux secrétaires qui le demandaient au moment de la prise de rendez-vous.



## • Les caractéristiques de l'appelant

### - Le choix du nom

Le nom indiqué ne comportait aucune connotation étrangère et les enquêtrices se sont exprimées sans accent, de manière courtoise, sans commentaire ni remarque.

### - Formalités administratives

Pour chaque entretien, l'appelante assurait posséder une carte vitale ainsi qu'une attestation de droits en cours de validité.

### - Situation professionnelle

Dans certains cas, les appelantes ont eu à préciser qu'elles étaient sans travail.

### - Nouveau patient

L'appelante devait être nouvelle patiente.

Parfois, l'existence d'un médecin traitant déclaré et d'une lettre d'adressage a été confirmée, notamment dans les cas où les médecins interrogés exercent une spécialité d'accès indirect (dermatologie, cardiologie, gastro-entérologie, ORL, pneumologie, neurologie).

### - Symptômes évoqués

Selon les spécialités médicales, les symptômes ressentis ont été adaptés et précisés en cas de demande.

Aucun caractère d'urgence n'a été spécifié afin de ne pas « forcer » le professionnel à la consultation.

Voici les besoins exprimés par les enquêtrices :

- pour les gynécologues : contrôle annuel,
- pour les ophtalmologistes : contrôle de la vue, à la demande d'un médecin (généraliste ou médecin du travail),
- pour les gastro-entérologues : problème de diarrhées chroniques, consultation à la demande du médecin traitant,
- pour les psychiatres : adressage par un hôpital suite à une tentative de suicide (choix de l'hôpital différent selon la ville),
- pour les oto-rhino-laryngologistes : problèmes de vertiges, consultation à la demande du médecin traitant,
- pour les pneumologues : problème d'asthme et/ou d'allergies, consultation à la demande du médecin traitant,
- pour les cardiologues : appel pour autrui (pour le mari) en raison de problèmes de cholestérol, consultation à la demande du médecin traitant,
- pour les dermatologues : problème d'acné, consultation à la demande du médecin traitant,
- pour les neurologues : crise d'épilepsie, consultation à la demande du médecin traitant.

## ● Les informations recueillies et répertoriées

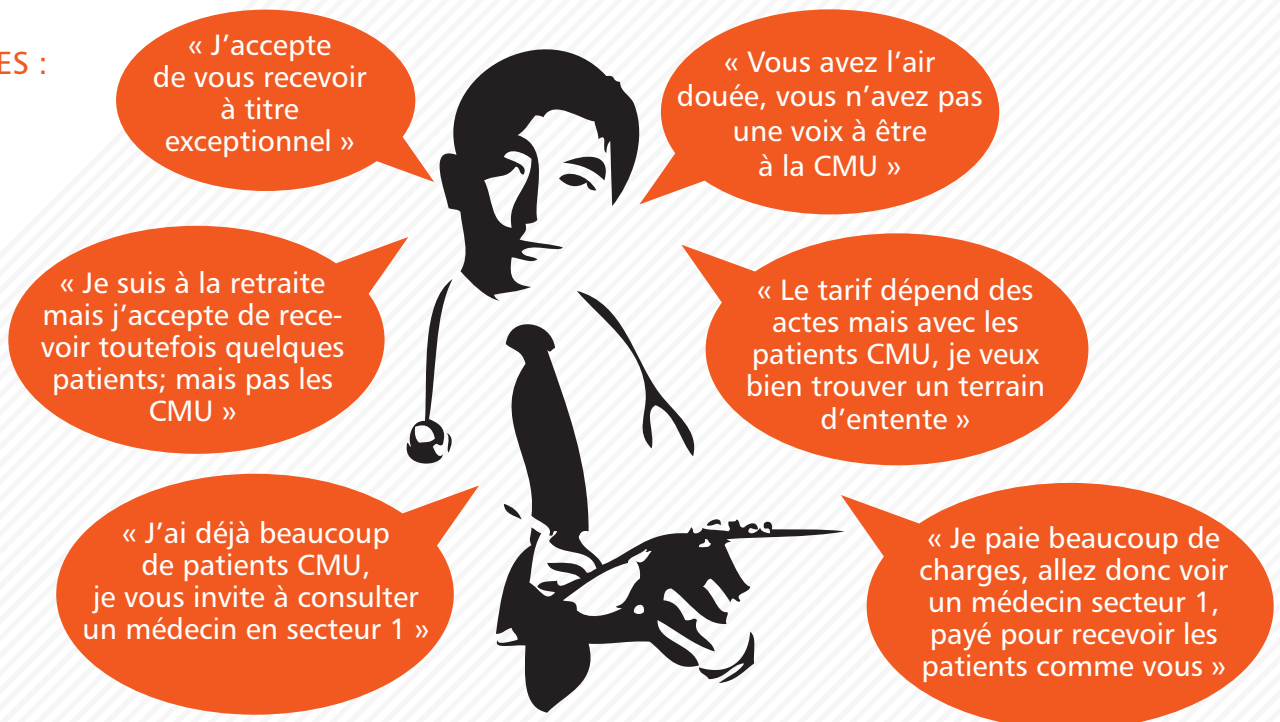
A chaque appel ont été notés :

- le nom de l'appelante,
- le jour et l'heure de l'appel (si plusieurs appels ont été nécessaires, ont été retenus le jour et l'heure du dernier appel).

Dans les cas où plusieurs spécialistes exerçaient de manière groupée au sein d'un même cabinet médical, les différents médecins ont été contactés à plusieurs jours d'intervalle et le nom donné a été modifié.

Lorsqu'ils étaient de nature à enrichir l'enquête, des éléments de réponse littérale ont été retranscrits.

### EXEMPLES :



## ● L'annulation de chaque rendez-vous

Chaque rendez-vous pris a été annulé quelques jours plus tard afin de ne pas nourrir l'argumentaire selon lequel les bénéficiaires de la CMU seraient des « mauvais patients ».

Dans l'immense majorité des cas, une secrétaire prenait le rendez-vous à l'exception des psychiatres qui, très souvent, répondaient eux-mêmes au téléphone.

## ● La grille d'entretien

Pour chaque entretien, une amorce standardisée a été retenue afin que certains éléments d'informations soient impérativement apportés et que certains points soient clarifiés :

- le nom du médecin qu'il souhaite consulter,
- le bénéfice de la CMUc,
- la dispense d'avance est-elle prévue ?
- des dépassements d'honoraires seront-ils facturés ?

La suite des échanges devait permettre, autant que possible, la liberté de parole, utile au recueil de commentaires enrichissants.

## ● Les cas d'entretiens « impossibles »

Certains entretiens n'ont pu être menés auprès des professionnels sélectionnés pour plusieurs raisons :

- départ à la retraite du médecin,
- fin d'exercice,
- absence prolongée,
- hyper-spécialisation dans un champ éloigné de notre cible (exemple : un ophtalmologue pratiquant exclusivement la chirurgie de la rétine ou des glaucomes, un gynécologue spécialisé dans les suivis de grossesse).

Dans tous ces cas, un autre médecin de secteur 2, exerçant la même spécialité dans la même ville, a été sélectionné.

## ⊗ 1.1.2 Éléments statistiques : un échantillon aussi représentatif que possible

### ● Constats

Nous avons établi des constats chiffrés portant sur le nombre d'habitants par capitale de régions et le nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire par département auquel est rattachée chaque capitale de région.

### ● Sélection des villes

Tout d'abord, nous avons procédé au classement des capitales de régions en 5 catégories distinctes selon le nombre d'habitants :

- Catégorie 1 : + de 2 millions
- Catégorie 2 : + de 800 000
- Catégorie 3 : entre 250 000 et 500 000
- Catégorie 4 : entre 150 000 et 200 000
- Catégorie 5 : - de 150 000

Ensuite, nous avons sélectionné 11 villes parmi les 21 capitales de régions en fonction :

- de la catégorie dont elles font partie : les proportions ont été respectées pour tenir compte de la représentativité de chaque catégorie de ville en France,
- du nombre de bénéficiaires de la CMU-c dans le département duquel la ville est le chef-lieu : dans chaque catégorie (à l'exception des 2 premières), les villes ont été sélectionnées parmi les départements qui affichaient des pourcentages de bénéficiaires de la CMU-c à la fois les plus hauts et les plus bas,
- de la situation géographique des villes sur la carte de France afin que notre enquête porte de manière relativement équilibrée sur les quarts nord-est, nord-ouest, sud-est, sud-ouest.

Catégorie 1 : Paris

Catégorie 2 : Marseille

Catégorie 3 : Strasbourg, Toulouse

Catégorie 4 : Bordeaux, Rennes, Lille

Catégorie 5 : Clermont-Ferrand, Besançon, Rouen, Poitiers

## ● Le cas de la Corse

Nous avons choisi d'interroger des médecins spécialistes de secteur 2 à Bastia et Ajaccio. Nous verrons plus loin quelle méthode a été retenue pour calculer le nombre de médecins interrogés.

## ● Sélection des spécialités et du nombre de spécialistes interrogés dans chaque ville

### - Spécialités sélectionnées :

- Dermatologie
- Cardiologie
- Gastro-entérologie
- Gynécologie
- Neurologie
- Ophtamologie
- Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Pneumologie
- Psychiatrie

- Calcul du nombre total de spécialistes de secteur 2 dans chaque ville sélectionnée et dans chaque spécialité = 1487.

### - Calcul du nombre de professionnels interrogés dans chaque ville :

Catégories	Villes	Spécialités									TOTAL
		Dermato	Cardio	Gastro-entéro.	Gynéco	Neuro	Ophtalmo	ORL	Pneumo	Psychiatrie	
1	Paris	16	9	11	39	4	29	16	2	23	149
2	Marseille	8	4	6	20	2	14	8	1	12	75
3	Toulouse	5	3	3	12	1	9	5	1	7	46
	Strasbourg	5	3	3	12	1	9	5	1	7	46
4	Bordeaux	3	2	2	8	1	6	3	0,5	5	30,5
	Rennes	3	2	2	8	1	6	3	0,5	5	30,5
	Lille	3	2	2	8	1	6	3	0,5	5	30,5
5	Clermont-Ferrand	2	1	2	6	1	4	2	0,5	3	21,5
	Besançon	2	1	2	6	1	4	2	0,5	3	21,5
	Rouen	2	1	2	6	1	4	2	0,5	3	21,5
	Poitiers	2	1	2	6	1	4	2	0,5	3	21,5
<b>TOTAL</b>		<b>51</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>131</b>	<b>15</b>	<b>95</b>	<b>51</b>	<b>8,5</b>	<b>76</b>	<b>493,5</b>

### - Le cas de Paris :

Trois arrondissements ont été sélectionnés à Paris : le 7ème, le 13ème et le 18ème. Ces choix ont été faits en fonction de la situation géographique et du prix du mètre carré.

Afin de définir le nombre de spécialistes de secteur 2 à interroger dans chaque arrondissement, un calcul selon la « règle de trois » a été appliqué.

Villes	Spécialités									TOTAL
	Dermato.	Cardio.	Gastro-entéro.	Gynéc. o.	Neuro.	Ophtalmo.	ORL	Pneumo.	Psychiatrie	
Paris 7	7	4	4	20	2	13	5	0	13	<b>68</b>
Paris 13	5	4	5	12	1	12	6	1	8	<b>54</b>
Paris 18	3	2	1	7	1	4	5	1	2	<b>26</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>148</b>

### - Le cas de la Corse :

La totalité des médecins de secteur 2 exerçant à Bastia et Ajaccio dans les 9 spécialités retenues a été interrogée. Au total, ce sont 24 professionnels qui ont été interviewés.

Notre testing obéissant à deux logiques méthodologiques différentes : échantillonnage aussi représentatif que possible en France métropolitaine et testing sur la totalité des spécialistes de secteur 2 exerçant en Corse, nous avons fait le choix d'une présentation des résultats différenciée.

### Conclusion sur la constitution de l'échantillon :

Après avoir arrondi les résultats par excès et afin de ne pas obtenir un résultat décimal, nous avons l'intention d'interroger 496 spécialistes de secteur 2. Compte tenu du nombre de médecins manquant ou refusant de recevoir de nouveaux patients dans certaines spécialités et dans certaines villes (30), **466 spécialistes de secteur 2 ont été interrogés en France métropolitaine.**

En Corse, 24 professionnels ont été interviewés, soit la totalité des médecins exerçant en secteur 2 dans les 9 spécialités retenues à Bastia et Ajaccio.

## 1.2 Résultats

Les résultats de notre testing feront l'objet d'un dossier complet à paraître prochainement. Les chiffres les plus significatifs sont présentés ci-dessous.

### • Code couleur

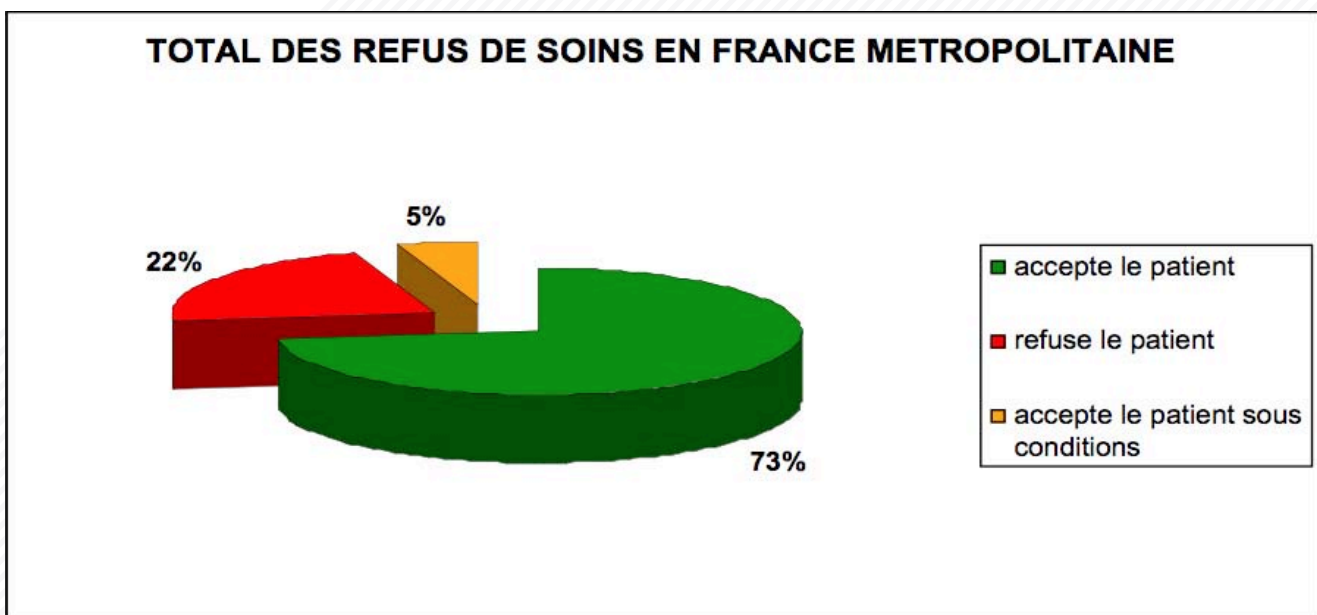
Les réponses données par les professionnels aux appelants ont été classées selon trois catégories. Nous avons tenu compte du « degré de refus » afin de ne pas assimiler à un refus un comportement qui correspond davantage à l'aménagement d'un « parcours de soins spécifique » aux patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire.

- **ACCEPTÉ LE PATIENT SANS DEPASSEMENTS D'HONORAIRES**

- **PROPOSE AU PATIENT CMU UN CRENEAU PARTICULIER ET RESERVE DIT « JOUR CMU »**
- **RENVOIE LE PATIENT CMU EN CONSULTATION PUBLIQUE**

- **REFUSE LE PATIENT**
- **ACCEPTÉ LE PATIENT AVEC DEPASSEMENTS D'HONORAIRES**
- **PROPOSE AU PATIENT UN DELAI DE RENDEZ-VOUS SUPERIEUR AU DELAI APPLICABLE A UN ASSURE ORDINAIRE**
- **REFUSE L'AVANCE DE FRAIS**

- **TOTAL (FRANCE METROPOLITAINE)**



- **RESULTATS PAR VILLE ET PAR SPECIALITE**

Les résultats ci-dessous sont présentés dans un ordre qui correspond au classement décroissant des villes selon leur nombre d'habitants.

Compte tenu de la faiblesse de certains échantillons, les pourcentages par spécialités au sein de chaque ville n'ont pas de valeur statistique. Ils sont donnés à titre indicatif.

Villes	Spécialités secteur 2	TOTAL		
Paris	Dermatologie	53%	7%	40%
	Cardiologie	70%	0%	30%
	Gastro-entérologie	50%	0%	50%
	Gynécologie	41%	8%	8%
	Neurologie	25%	25%	50%
	Ophtalmologie	59%	3%	38%
	ORL	69%	0%	31%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	35%	0%	65%



Marseille	Dermatologie	75%	12%	13%
	Cardiologie	75%	0%	25%
	Gastro-entérologie	83%	0%	17%
	Gynécologie	40%	15%	45%
	Neurologie	50%	50%	0%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	75%	17%	8%
Toulouse	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	67%	33%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	91%	0%	9%
	Ophtalmologie	89%	11%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Psychiatrie	71%	0%	29%
Strasbourg	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	78%	11%	11%
	ORL	80%	20%	0%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	100%	0%	0%
Bordeaux	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	80%	0%	20%
Rennes	Dermatologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Psychiatrie	33%	0%	67%

Lille	Dermatologie	33%	33%	33%
	Cardiologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	83%	0%	17%
	ORL	100%	0%	0%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	20%	0%	80%
Clermont-Ferrand	Dermatologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	50%	50%	0%
	Gynécologie	60%	20%	20%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Psychiatrie	100%	0%	0%
Besançon	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	83%	17%	0%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Psychiatrie	67%	0%	33%
Rouen	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	0%	0%	100%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	100%	0%	0%
	ORL	100%	0%	0%
	Pneumologie	100%	0%	0%
	Psychiatrie	0%	0%	100%
Poitiers	Dermatologie	100%	0%	0%
	Cardiologie	100%	0%	0%
	Gynécologie	100%	0%	0%
	Neurologie	100%	0%	0%
	Ophtalmologie	50%	0%	50%
	ORL	100%	0%	0%
	Psychiatrie	50%	0%	50%

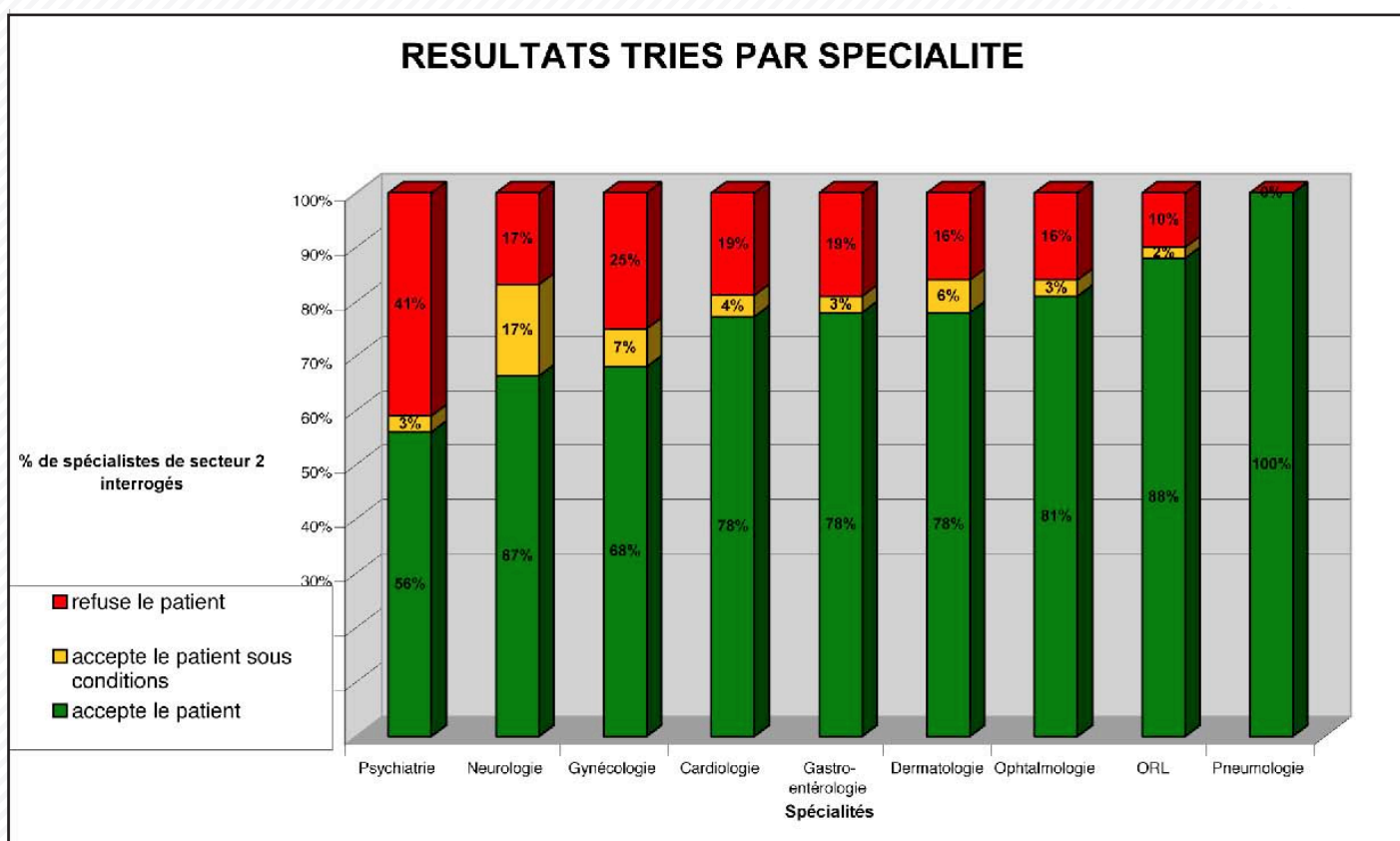
● RESULTATS OBTENUS EN CORSE

<b>TOTAL</b>	<b>79%</b>	<b>4%</b>	<b>16%</b>
--------------	------------	-----------	------------



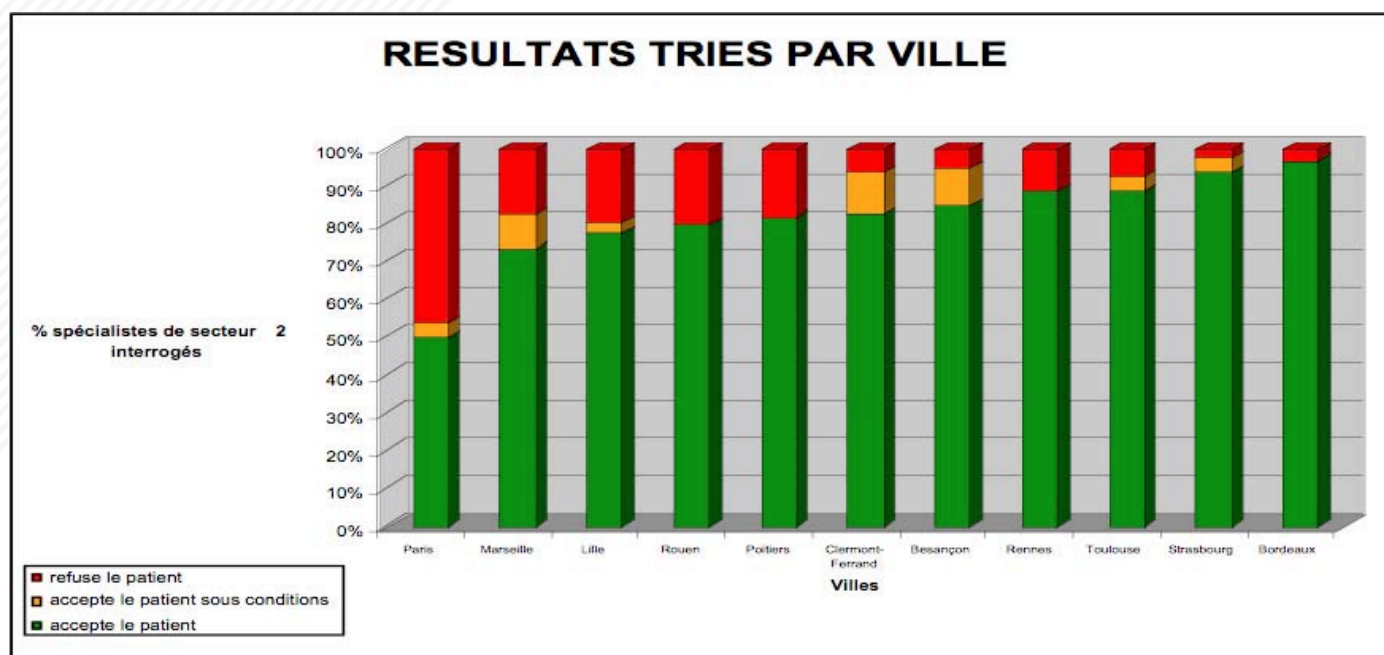
## ● RESULTATS TRIES PAR SPECIALITE (FRANCE METROPOLITAINE)

Les résultats présentés ci-dessous sont classés en ordre décroissant des pourcentages de refus de soins.



## ● RESULTATS TRIES PAR VILLE (FRANCE METROPOLITAINE)

Les résultats présentés ci-dessous sont classés en ordre décroissant des pourcentages de refus de soins.



## ● RESULTATS PARIS

- Les résultats présentés ci-dessous sont classés par spécialité et par arrondissement.

	Spécialités secteur 2	Arrondissements	TOTAL		
Paris	Dermatologie	7ème arr.	71%	0%	29%
		13ème arr.	20%	20%	60%
		18ème arr.	67%	0%	33%
	Cardiologie	7ème arr.	75%	0%	25%
		13ème arr.	50%	0%	50%
		18ème arr.	100%	0%	0%
	Gastro-entérologie	7ème arr.	50%	0%	50%
		13ème arr.	40%	0%	60%
		18ème arr.	100%	0%	0%
	Gynécologie	7ème arr.	35%	5%	60%
		13ème arr.	58%	8%	33%
		18ème arr.	29%	14%	57%
	Neurologie	7ème arr.	50%	0%	50%
		13ème arr.	0%	0%	100%
		18ème arr.	0%	100%	0%
	Ophtalmologie	7ème arr.	38%	0%	62%
		13ème arr.	75%	8%	17%
		18ème arr.	75%	0%	25%
	ORL	7ème arr.	20%	0%	80%
		13ème arr.	100%	0%	0%
		18ème arr.	80%	0%	20%
	Pneumologie	13ème arr.	100%	0%	0%
	Psychiatrie	7ème arr.	23%	0%	77%
		13ème arr.	50%	0%	50%
		18ème arr.	50%	0%	50%

- Le tableau représenté ci-dessous indique les pourcentages totaux des refus de soins par arrondissement.

7ème	40%	1%	59%
13ème	59%	6%	35%
18ème	60%	8%	32%

## 2. ENQUÊTE AUPRÈS DES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE SUR LA FRÉQUENCE DES REFUS DE SOINS ET LES ACTIONS DE LUTTE MISES EN ŒUVRE

### ⊗ ⊗ 2.1. Méthodologie

- **Rappel du cadre légal de la représentation des usagers (RU) au sein des organismes locaux d'Assurance maladie**

Depuis la loi du 4 août 2004, des représentants d'usagers siègent au sein des conseils des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). L'émergence de la démocratie sanitaire permet, depuis près de 5 ans, de faire entendre et de défendre le droit des usagers dans le champ de l'Assurance maladie.

- **Le rôle des représentants d'usagers (RU) au sein des CPAM**

Les représentants des associations d'usagers, de malades et personnes handicapées investis de ces mandats occupent une double fonction de « sentinelle et d'acteur », veillant à ce que certaines pratiques ne viennent pas affaiblir encore plus le droit de tous à l'assurance maladie, et font valoir les intérêts supérieurs de tous usagers, qu'ils soient assurés sociaux ordinaires, « CMUistes » ou en situation administrative irrégulière.

La présence des représentants d'usagers au sein des CPAM permet un accès à des informations précieuses portant sur l'accès aux soins en particulier. Les RU exercent régulièrement ce droit à l'information et à la transparence en dépit du faible taux de réponse des caisses : cette prérogative permet aux citoyens que nous représentons d'évaluer la qualité de notre Assurance maladie.

- **2008 : action contre les dépassements d'honoraires**

Au terme d'une vaste enquête sur les dépassements d'honoraires réalisée en 2008, nous avons vigoureusement dénoncé l'inertie des CPAM dont la plupart s'était abstenue de toute réponse. Le retentissement de cette campagne a toutefois permis de démontrer l'utilité de notre détermination et de notre action qui a mis en lumière des situations inacceptables.

Nous comptons dorénavant mettre notre crédit au service d'opérations destinées non seulement à installer les usagers dans le paysage institutionnel mais surtout organisées dans le but de dénoncer les entorses de plus en plus courantes au droit à l'égal accès à la santé.

- **2009 : campagne contre les refus de soins**

Dans cette perspective, le 22 avril dernier, nous avons adressé, à la totalité des représentants d'usagers investis d'un mandat au sein des conseils des CPAM, un « kit d'action contre les refus de soins » comprenant :

- un courrier des présidents du CISS, de la FNATH et de l'UNAF,
- une lettre-type de saisine à adresser ou à remettre en main propre aux directeurs des CPAM,

- un projet de motion à lire et à déposer lors d'un prochain conseil dans le but de susciter un débat autour de la problématique des refus de soins au sein de chaque conseil et d'insister sur le rôle, majeur, des CPAM en la matière.

Au total, près de 500 conseillers représentant le CISS, la FNATH et l'UNAF ont reçu ce kit.

## ⊗ ⊗ 2.2. Résultats

A ce jour, nous avons reçu 19 réponses de la part des CPAM.

**Ces réponses sont classées en trois catégories :**

### - Absence de plainte

- **Pau** : « Aucune plainte relative aux refus de soins ».
- **Lot** : « Aucun témoignage de refus de soins ».
- **Rouen** : « Un courrier de rappel a été envoyé à un certain nombre de praticiens qui, pour certains, feront l'objet d'un suivi particulier. A ce jour, nous n'avons pas connaissance, à Rouen, de situations avérées de refus de soins. »
- **Ariège** : « Aucun recours n'a été formulé en 2008. De même, aucun signalement n'a été détecté à ce jour quant à une discrimination par des professionnels de santé envers une catégorie d'assurés. »
- **Gard** : « Nous ne pouvons que constater l'absence de recours exercés auprès de nos services par les assurés. [...] Le principal obstacle nous semble être la réticence des intéressés à consigner par écrit les faits reprochés au professionnel, ou le caractère souvent déguisé du refus de soins. »
- **Somme** : « La caisse primaire ...n'a enregistré en 2008 ou en 2009 aucun signalement relatif à une discrimination dans l'accès aux soins. Mes services sont cependant sensibilisés à cette problématique et le conciliateur de la CPAM...est l'interlocuteur identifié pour tout signalement de ce type. »
- **Landes** : « Dans le département...pas de refus de soins de la part des professionnels de santé.»
- **Haute-Vienne** : « Un seul cas a été recensé par la Caisse Primaire de la Haute-Vienne en mai 2008 et ce signalement relevait plus d'un problème relationnel patient / praticien que d'un refus de soins, car les soins ont été réalisés et terminés. »
- **Nancy** : « A ce jour, aucune plainte n'a été enregistrée par mes services et aucune sanction n'a dû être prononcée à l'encontre de professionnels de santé. »
- **Saône-et-Loire** : « Le conciliateur de la CPAM n'a pas reçu de saisine relative aux refus de soins en 2008 et par définition n'a pas eu de réponse à faire aux plaignants et aucune sanction n'aura été prononcée à l'encontre des professionnels de santé. »

## - Existence de « dossiers »

- **Ain : 2008** : Huit plaintes de patients bénéficiaires de la CMUc, dont une n'a pas été exploitable par manque d'information précise : 2 refus de tiers-payant, 3 refus de rendez-vous et 2 sentiments de discrimination.

« Aucune sanction n'a été prononcée à l'encontre des professionnels de santé, seuls deux d'entre eux se sont vu adresser un courrier de rappel de leurs obligations. »

- **Vaucluse** : « En 2008, quatre dossiers ont été traités [...]. Tous ces dossiers ont fait l'objet d'un rappel aux professionnels de santé de leurs obligations réglementaires relatives aux assurés bénéficiaires de la CMU et d'un signalement au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

En 2009, deux signalements nous sont parvenus [...]. Ces dossiers sont en cours d'exploitation.»

- **Haute-Garonne** : « En 2008, une soixantaine de dossiers ont été enregistrés et six depuis début 2009. [...] Dans certains cas, des lettres de rappels réglementaires ont été envoyées aux professionnels de santé.

Pour d'autres, aucun élément tangible ne pouvant être relevé à l'encontre du professionnel de santé concerné, le dossier a fait l'objet d'un classement. A ce jour, aucun manquement grave, fort heureusement, n'a été relevé à l'encontre de l'un d'entre eux ».

- **Paris** : Chiffres au 31 octobre 2008 : 30 plaintes reçues.

(CMUc et Aide Médicale d'Etat) = 34 professionnels concernés : 11 refus de soins, 16 refus de dispense d'avance de frais (dont 10 avec dépassements d'honoraires), 6 plaintes déposées contre le comportement du praticien.

- **Calvados** : La CPAM indique que la question des refus de soins sera portée à l'ordre du jour du prochain conseil, le 16 juin, et précise qu'à cette occasion, elle communiquera les « dénombrements exhaustifs des cas qui ont pu se présenter au cours de l'année 2008 et qui sont de l'ordre d'une quinzaine. »

- **Manche** : 12 cas pour 2008.

« Au bilan, pas d'affaire qui aurait nécessité une procédure ou des sanctions, mais un dispositif de signalement qui fonctionne et un bon travail "préventif" : des professionnels de santé qui ont bien conscience que nous accordons crédit à ce qui nous est indiqué et que nous interviendrons le cas échéant. »

- **Alpes-Maritimes** : « Sept plaintes ont été enregistrées depuis le 1er septembre 2008 à l'encontre des professionnels de santé. Dans deux cas, la plainte n'était pas justifiée car la carte vitale n'était pas à jour. Dans cinq cas, les professionnels n'ont pas reconnu le bien-fondé de la réclamation. »

## - Promesse de réponse à une date ultérieure

- **Ille-et-Vilaine** : La CPAM indique que la question des refus de soins sera évoquée au conseil prochainement.

- **Boulogne-sur-Mer** : Le directeur de la CPAM répond que le sujet sera inscrit à l'ordre du jour du conseil de la CPAM du 28 mai.

# 3. ENQUÊTE AUPRÈS DE 20 CONSEILS GÉNÉRAUX PORTANT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DES ENFANTS PLACÉS EN FAMILLES D'ACCUEIL

## ⊗ ⊗ 3.1. Méthodologie

### ⊗ 3.1.1 Constats

#### ● Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'ASE est un service du département, placé sous l'autorité du président du Conseil général et dont la mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance.

L'aide sociale à l'enfance exerce directement la tutelle en prenant en charge les mineurs qui lui sont confiés.

Pour accomplir ses fonctions, elle est dotée de personnel administratif et de travailleurs sociaux.

Le service de l'aide sociale à l'enfance a notamment pour mission de « pourvoir aux besoins des mineurs confiés au service (...), en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal » (article L. 221-1, 4° du Code de l'action sociale et des familles).

#### ● Nombre d'enfants accueillis à l'ASE

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de septembre 2008 et relative aux bénéficiaires de l'aide sociale départementale, montre qu'en 2007, 141 233 enfants étaient accueillis à l'ASE.<sup>5</sup>

	2003	2004	2005	2006	2007	2003 / 2007	2006 / 2007
Enfants accueillis à l'ASE	134 889	137 085	138 735	140 459	141 233	5%	1%

#### ● Conditions d'accueil des enfants de l'ASE

Les conditions d'accueil de ces enfants sont de deux ordres : soit ils vivent au sein d'établissements spécifiques, soit ils sont placés en familles d'accueil.

**Dans tous les cas, les enfants ressortissant du régime de l'ASE bénéficient de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, ce qui n'est pas sans poser, dans certains cas, des problèmes d'accès aux soins.**

<sup>5</sup> DREES, Etudes et résultats, n°656, septembre 2008, Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2007.



## ● Les modalités d'accès aux soins des enfants de l'ASE

Les modalités d'accès aux soins des enfants accueillis à l'ASE sont analogues à celles de tout assuré, à l'exception des cas où un médecin effectue des vacations au sein même des établissements.

Les médecins de ville, dans la plupart des cas, ont donc à prendre en charge ces enfants, qu'ils vivent en établissement ou en famille d'accueil.

Bénéficiaires de la CMUc, ces enfants sont, parfois, victimes de refus de soin pour les mêmes raisons que tout autre « CMUiste » peut l'être.

Ces situations, inacceptables, nous ont été rapportées par de nombreux témoignages d'assistantes familiales qui, dans certains départements, peinent à trouver un médecin spécialiste pour soigner l'enfant dont elles s'occupent, en raison des nombreux refus exprimés.

### ⊗ 3.1.2 Objectifs de l'enquête

A travers cette enquête, nous poursuivons deux objectifs :

- aider à l'amélioration de l'information de tous les usagers victimes de refus de soins,
- encourager les pouvoirs publics à prendre des mesures efficaces pour sanctionner les refus de soins.

D'autre part, la participation des Conseils généraux à cette campagne doit permettre de renforcer la portée de notre enquête sur la base d'un partenariat inédit.

### ⊗ 3.1.3 Procédés de l'enquête

A ce jour, la question de l'accès aux soins des enfants de l'ASE, population particulièrement vulnérable, n'a jamais fait l'objet d'enquête et nous le déplorons.

En l'absence de tout élément de nature à accréditer les témoignages reçus, nous avons procédé à une micro-enquête auprès de 20 Conseils généraux :

- Allier
- Corrèze
- Corse du Sud
- Côte-d'Or
- Essonne
- Gard
- Gironde
- Hauts-de-Seine
- Hérault
- Ille-et-Vilaine
- Loiret
- Pyrénées-Atlantiques
- Pyrénées-Orientales
- Rhône-Alpes
- Saône-et-Loire
- Seine-Maritime
- Seine-Saint-Denis
- Val-de-Marne
- Val-d'Oise
- Var

Après une première prise de contact téléphonique, les services concernés au sein des Conseils généraux sélectionnés ont été sollicités par un courriel précisant notre démarche et comportant, en pièce jointe, une grille d'entretien à nous retourner.

## ✘ ✘ 3.2 Résultats

Différents Conseils généraux ont répondu avoir connaissance de « problèmes » liés à des refus de soins opposés aux enfants confiés à leurs services.

Sont restitués ci-dessous les éléments de réponse pertinents.

Certains départements n'ont pas consenti à ce que les réponses données soient exploitées publiquement et ont parfois tenu à préserver leur anonymat.

La présentation des résultats tient compte de ces exigences :

### - Val-de-Marne

**Avez-vous déjà eu connaissance de situations de refus de soins opposés à des enfants de l'ASE placés en famille d'accueil ?**

« Oui, mais surtout un refus de prendre en compte la CMU et d'appliquer le tarif conventionnel. »

**Est-ce courant ?**

« Peut-être 10 cas, cependant, je ne suis pas à chaque fois mise au courant. »

**Commentaire libre**

« Les familles d'accueil, face à ce genre de problèmes, n'osent pas exiger du praticien la prise en compte de la CMUc, elles avancent donc les frais, ce qui nous pose des problèmes de remboursement. De plus, devant les enfants, elles ne veulent pas se battre. Ceux qui accepteraient sont parfois loin du domicile de l'enfant. »

### - Gironde

**Avez-vous déjà eu connaissance de situations de refus de soins opposés à des enfants de l'ASE placés en famille d'accueil ?**

« Oui »

**Est-ce courant ?**

« Une vingtaine de fois par an. »

**Commentaire libre**

« Les difficultés émanent souvent de soins en urgence (SOS médecins entre autres), de spécialistes et de quelques pharmaciens. La problématique existe surtout quand les mineurs quittent le département (colonie de vacances, familles d'accueil installées hors du département), où là, le refus est quasi systématique.»





## - Réponse d'un Conseil général de Bourgogne

### **Avez-vous déjà eu connaissance de situations de refus de soins opposés à des enfants de l'ASE placés en famille d'accueil ?**

« Oui »

#### **Est-ce courant ?**

« Environ une dizaine de cas concernant en particulier des médecins spécialistes et des orthodontistes m'ont été signalés au cours de ces deux dernières années. »

#### **Commentaire libre**

« Lorsque les professionnels de santé se sentent «obligés» de prendre en charge des patients bénéficiant de la CMU, la relation de confiance devant normalement s'établir entre le patient et le médecin est souvent mise à mal. Par conséquent, les familles d'accueil éprouvent des difficultés à revendiquer l'application de la loi estimant que cette démarche pourrait nuire à la prise en charge des enfants qu'elles accueillent.»

## - Réponse d'un Conseil général de Haute-Normandie

### **Avez-vous déjà eu connaissance de situations de refus de soins opposés à des enfants de l'ASE placés en famille d'accueil ?**

« Refus de soins clairement exprimés comme tel : non. En revanche, difficultés à obtenir des rendez-vous chez des spécialistes, devis avec dépassements d'honoraires : oui. »

#### **Est-ce courant ?**

« J'ai eu directement à traiter en lien avec la sécurité sociale trois dépassements d'honoraires. Les abus non chiffrés (plusieurs dizaines dans l'année) concernent les frais d'optique. »

## - Réponse d'un Conseil général de Rhône-Alpes

### **Avez-vous déjà eu connaissance de situations de refus de soins opposés à des enfants de l'ASE placés en famille d'accueil ?**

« Oui, quelques unes, ponctuellement mais régulièrement : elles émanent essentiellement de spécialistes. »

#### **Est-ce courant ?**

« Sur l'agglomération, si un nombre non négligeable de médecins se permet de refuser, il y en a toujours beaucoup d'autres pour accepter... C'est à l'occasion de cette enquête que certaines difficultés ont été signalées. »

## 4. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

### ⊗ ⊗ 4.1. Analyse

#### ⊗ 4.1.1 Des refus de soins plus ou moins répandus selon les villes et les spécialités

Plusieurs conclusions peuvent être tirées de ces résultats et amènent des interrogations sur les différentes raisons, invoquées ou non, de ces discriminations :

- **22% des spécialistes de secteur 2 interrogés refusent très clairement de recevoir et de soigner les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire.**

Ce résultat démontre que les situations de refus de soins ne sont pas marginales et **procèdent d'intentions clairement discriminatoires** dans la mesure où les cas de refus de soins « nuancés » ont été traités dans une catégorie spécifique représentant 5% des réponses.

- **Les psychiatres de secteur 2 expriment le plus fort taux de refus de soins dans la majorité des villes. Quelles peuvent en être les raisons ?**

D'une part, « *la psychothérapie étant un traitement interactif où la participation du patient est importante, elle ne peut se concevoir en médecine libérale que dans le cadre de l'accès direct et du paiement à l'acte* » et « *une participation matérielle du patient à son traitement peut [...] être parfois souhaitable dans certaines situations techniques* ». <sup>6</sup>

Le paiement de la consultation par le patient constitue une démarche à intégrer dans la thérapie car elle permet, dans un rapport où les cas de « transferts » sont courants, de distancer le patient du soignant.

Cette raison a parfois été invoquée par les professionnels sondés qui estiment que la dispense d'avance de frais, dont les bénéficiaires de la CMUc ont droit, est de nature à compromettre le succès de la thérapie.

D'autre part, le tarif de cette consultation ne permettrait pas « *d'honorer convenablement de nombreuses techniques de prise en charge (psychothérapies d'enfants, psychothérapies collectives, séances longues, etc.)* ». <sup>7</sup>

Cette circonstance expliquerait la pratique des dépassements d'honoraires dans cette spécialité et agirait dans le sens d'un refus de soins de la patientèle exonérée du paiement des tarifs excédant celui fixé par l'Assurance maladie.

<sup>6</sup> Journal Français de Psychiatrie 2004 - 1 (n°21), pages 10 à 12.

<sup>7</sup> Ibid.

- **Neurologues, gynécologues et cardiologues présentent les taux « orange » les plus importants.** Ce type de réponse peut s'expliquer par un point commun propre à ces spécialités.

Ces trois spécialités ont le point commun d'être souvent pratiquées par des professionnels qui exercent à temps partiel sinon à temps complet à l'hôpital. Cette « double activité », libérale et publique, permet à certains médecins de « réserver » leurs consultations privées aux patients financièrement capables d'honorer des dépassements d'honoraires et d'orienter les autres patients vers leurs consultations publiques, facturables au tarif fixé par l'Assurance maladie en vertu de la mission de service public dévolue à l'hôpital.

Ces réponses ont été classées dans la catégorie « orange » car elles sont à différencier des refus de soins tranchés et exprimés sans ambiguïté.

Elles devaient apparaître avec une signalétique particulière car elles indiquent qu'un traitement est parfois réservé à certains patients au regard de leur situation sociale. Cette situation constitue une rupture dans l'égalité d'accès aux soins.

- **Les professionnels de secteur 2 parisiens opposent plus de refus de soins que leurs confrères de Province. Comment l'expliquer ?**

Quand à Paris, les médecins de secteur 2 opposent 46% de refus de soins, les médecins bordelais expriment 3% de refus de soins. Si ce différentiel ne doit pas laisser à penser que le problème des refus de soins est exclusivement parisien, force est de constater que dans la totalité des villes de province sélectionnées, les taux de refus de soins sont inférieurs à la moyenne nationale.

Si les médecins parisiens refusent de soigner les patients bénéficiaires de la CMUc plus que les autres, faut-il croire que le fait d'exercer à Paris constitue un facteur explicatif ?

Probablement, et les réponses circonstanciées de certains professionnels donnent quelques indices. Principalement, les « très lourdes charges à payer » seraient la cause de nombreux refus de soins, qu'il faut corréliser avec l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires aux patients bénéficiaires de la CMUc. Exercer et vivre à Paris représentent souvent un coût pour les professionnels bien supérieur aux charges exigibles en Province et la pratique des tarifs élevés permet un « retour sur investissement ».

Le testing réalisé à Paris donne des résultats qui montrent que le taux de refus de soins est sensible au prix du mètre carré. Cette variable est, selon nous, très pertinente car l'accessibilité des médecins dépend finalement du niveau de richesse de la population du quartier : **la fréquence des refus de soins croît à mesure que le niveau de richesse de la patientèle augmente.**

De plus, lors des entretiens, certains professionnels, installés en zones « riches » se sont dits inaccoutumés : il est en effet rare que des patients bénéficiaires de la CMUc prennent un rendez-vous auprès de ces médecins, réputés pour facturer des dépassements d'honoraires proportionnels au prestige de leurs adresses.

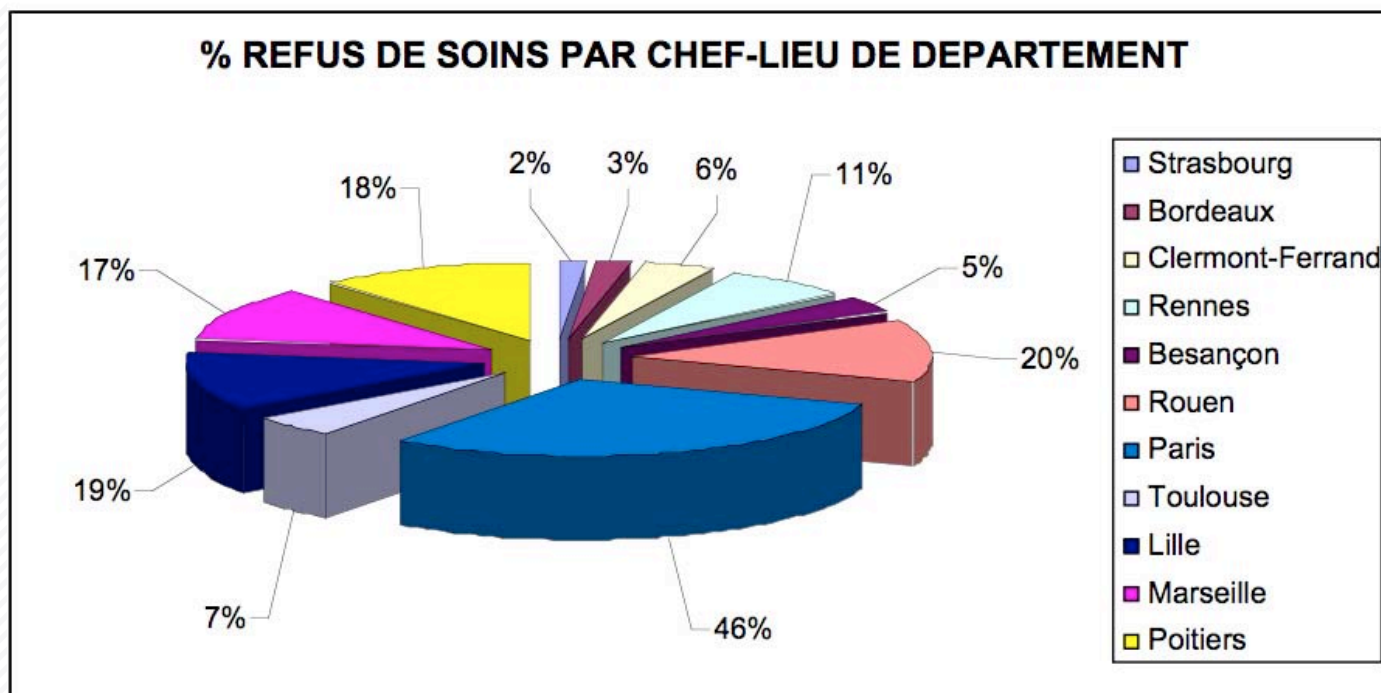
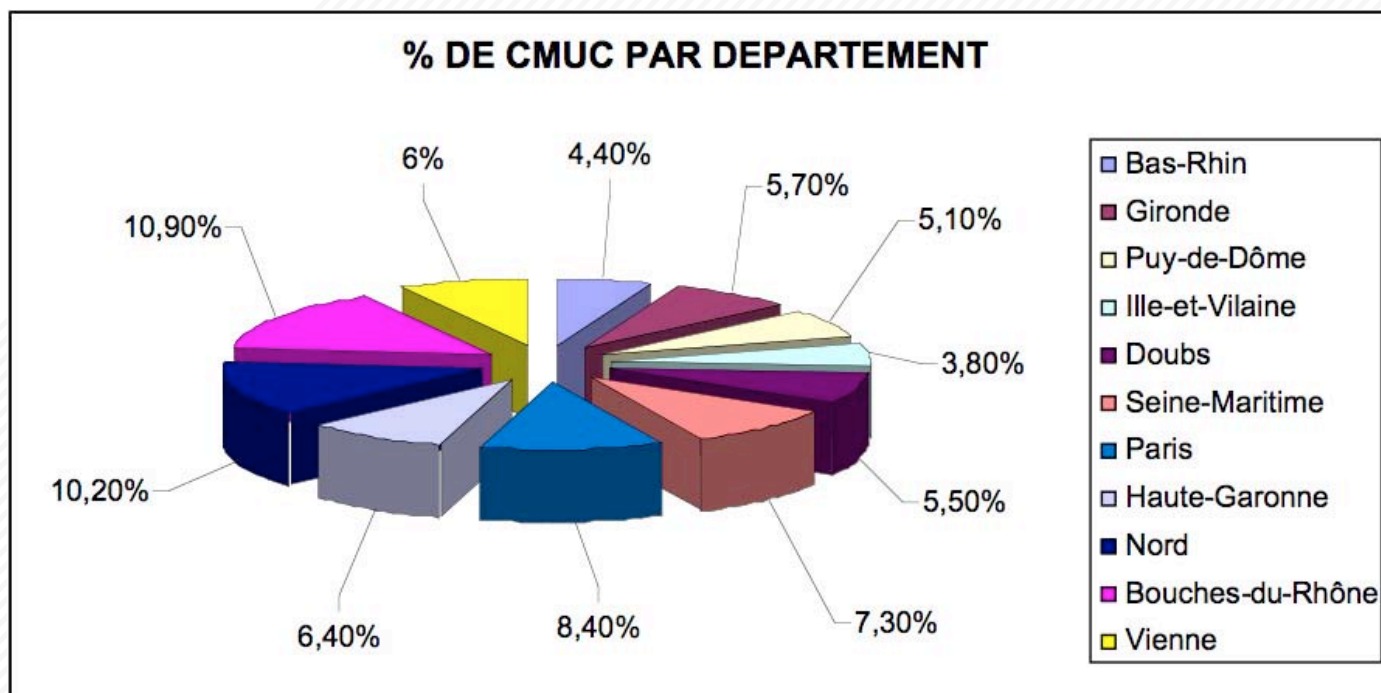
Ces résultats obtenus par arrondissement dénotent en ce qu'ils contredisent les chiffres indiquant l'existence d'un rapport proportionnel entre le taux de refus de soins et le nombre de bénéficiaires de la CMUc (voir *infra*).

● **En Corse, le taux de refus de soins est proche des résultats obtenus en France métropolitaine**

Le *testing* réalisé en Corse donne des résultats assez proches des pourcentages obtenus en France métropolitaine : pas de spécificité insulaire en matière de refus de soins.



● **Le pourcentage de bénéficiaires de la CMUC n'est que partiellement corrélé à la fréquence des refus de soins**



Si dans certains départements il existe effectivement une corrélation entre la part de bénéficiaires de la CMUc et le pourcentage de refus de soins (Bouches-du-Rhône, Nord), on constate qu'elle n'est pas systématique. Dans certains départements où la part de CMUistes est limitée, le pourcentage de refus de soins est élevé (Haute-Garonne, certains arrondissements de Paris).

Ce qui peut s'expliquer par :

- un a priori sur les bénéficiaires de la CMU dans les zones où ils sont peu nombreux,
- une « saturation » des médecins dans les zones où les CMUistes sont nombreux.

Dans les deux cas, les CMUistes peuvent être confrontés à des refus de soins discriminatoires.

**La Couverture Maladie Universelle a été créée pour permettre et faciliter l'accès de tous à la santé mais avec sa création ont émergées des pratiques, des « adaptations » chez certains professionnels qui prennent la liberté de sélectionner leur patientèle selon qu'elle bénéficie ou pas de ce dispositif.**

## ⊗ 4.1.2 Le renoncement des victimes de refus de soins à exercer leurs droits de recours

Les résultats de cette enquête laissent à penser que la majorité des personnes victimes de refus de soins renonce à exercer leurs voies de recours.

Cette retenue peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- les bénéficiaires de la CMU préfèrent se détourner purement et simplement du médecin qui refuse de les soigner par honte ou par crainte,
- les patients, d'une manière générale, doutent de l'efficacité d'éventuels recours, estimant que la procédure est « perdue d'avance ». De plus, l'administration de la preuve est souvent problématique pour des patients qui ne peuvent rapporter qu'un refus téléphonique et souvent déguisé.

Sur le plan individuel, le refus de soigner un patient pour des motifs illégitimes correspond à une discrimination inacceptable en ce qu'elle prive un usager, potentiellement malade, de l'accès aux soins.

Sur le plan de la santé publique, les mêmes refus de soins font courir le risque d'une dégradation de l'état de santé d'une population déjà fortement exposée aux risques sanitaires.

Des dispositifs existent qui permettent de solvabiliser les patients les plus précaires. C'est un progrès incontestable mais quel bénéfice procure-t-il si de nombreux professionnels de santé opposent des refus de soins à ces mêmes patients ?

Ces pratiques sont dangereuses car elles augurent une médecine sélective dont les précaires seraient exclus, mais plus globalement tous les patients qui n'auraient pas les moyens de payer des dépassements d'honoraires.

**Quand 22% des professionnels exerçant en secteur 2 refusent de soigner les bénéficiaires de la CMUc, seules quelques CPAM répondent avoir connaissance de ce type de problème d'accès aux soins.**

Les enquêtes réalisées simultanément auprès des CPAM et des professionnels de santé permettent d'observer des « décalages » entre la réalité des refus de soins et le peu de réclamations portées devant les organismes locaux d'Assurance maladie.

## ⊗ ⊗ 4.2. Recommandations

### ⊗ Recommandation 1 : Améliorer le niveau d'information des usagers

Il appartient à chaque CPAM de mieux informer le grand public sur ses droits et ses voies d'action à l'encontre d'un professionnel qui ne respecterait pas ses obligations déontologiques et légales.

D'une part, chaque usager doit avoir conscience que le principe de la médecine libérale ne permet pas la sélection des patients. Cette circonstance interdit donc à tout médecin de discriminer sa patientèle au regard de critères sociaux, économiques, ethniques, raciaux, sexuels notamment.

D'autre part, les usagers doivent être clairement informés sur leurs droits de recours et encouragés à les exercer pour solutionner un problème individuel d'accès aux soins et aussi pour dénoncer des pratiques nuisibles pour la qualité de notre système de santé tout entier.

Ainsi, le réseau des conciliateurs présents au sein des CPAM est aujourd'hui quasiment inconnu du grand public et pour cause, ce dispositif est trop peu valorisé par l'Assurance maladie elle-même. Pourtant, il a été conçu pour accompagner les usagers dans leurs réclamations et vise précisément à promouvoir le droit à l'assurance maladie.

Ce réseau pêche-t-il en notoriété en raison de la faiblesse des moyens qui lui sont alloués ou bien par crainte d'assumer un conflit avec les professionnels de santé ?

### ⊗ Recommandation 2 : Garantir des recours suivis d'effets

Si les patients renoncent à se plaindre de leurs médecins, c'est en partie pour des raisons liées à l'inaction, réelle ou supposée, des instances compétentes.

Les pouvoirs publics doivent tenir compte de ce motif de renoncement aux droits et nous comptons encourager le législateur :

- à faciliter l'exercice des recours en reconnaissant le droit à agir des associations au nom et pour le compte des patients victimes de refus de soins,
- à reconnaître le testing comme mode de preuve opposable selon des modalités qui restent à définir,
- à aménager la charge de la preuve incombant au patient, victime de discrimination,
- à prendre des mesures nécessaires pour renforcer le pouvoir de sanction effectif des directeurs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

## ⊗ **Recommandation 3 : Reconnaître les résultats des enquêtes de testing comme mode de preuve à part entière**

Les résultats de notre testing présentent un intérêt incontestable pour objectiver la réalité des refus de soins.

Ce type d'enquête doit être reconnu comme mode de preuve à part entière afin de faire enfin émerger des situations trop souvent tuées par des usagers réticents à se plaindre de la pratique de leurs médecins.

Le risque du renoncement à exercer ses voies de recours glisse de plus en plus dangereusement vers un renoncement aux soins. Il est urgent de donner aux acteurs compétents pour agir les moyens de faire valoir les résultats de leurs enquêtes au titre de preuves, recevables et opposables.

Si notre enquête nous permet aujourd'hui de dénoncer, de manière globale, les 22% de professionnels qui refusent ouvertement de soigner, des prescriptions légales et réglementaires nous empêchent d'utiliser efficacement nos résultats pour agir concrètement contre les médecins connus pour discriminer les bénéficiaires de la CMUc.

Combien de temps faudra-t-il aux pouvoirs publics pour reconnaître la validité de ces enquêtes et admettre l'intérêt à agir des associations compétentes ?

Alors que la lutte contre les discriminations dans l'accès à l'emploi est désormais bien installée en France, il est incompréhensible que la lutte contre les discriminations dans l'accès à la santé soit laissée en « jachère » et que les malades et les usagers, les plus démunis, ne disposent pas des outils juridiques pour faire valoir leurs droits légitimes parce que l'Etat a peur d'affronter certains « lobbies ». Enfin, au-delà de la problématique stricte de l'égalité de traitement et de l'effectivité des principes constitutionnels, l'Etat engage directement sa responsabilité sur le plan de la santé publique. Il est bien évident qu'un pays ne peut, sans mettre en jeu la sécurité sanitaire de tous les citoyens, accepter qu'une partie de la population renonce à des soins.

## ⊗ **Recommandation 4 : Diligenter une enquête nationale, réalisée par l'Inspection générale des affaires sociales portant sur l'accès aux soins des enfants de l'ASE**

Notre enquête, confinée dans un cadre informel et restreint à quelques Conseils généraux, permet de confirmer ce que certains témoignages attestent : tous les patients bénéficiaires de la CMUc sont également exposés au risque des refus de soins, quels que soient leur âge et leur situation sociale.

Les enfants de l'ASE, placés dans des situations particulièrement stigmatisantes en raison de leur situation familiale et sociale, sont donc exposés à un autre type de discriminations susceptibles de renforcer d'autant plus leurs difficultés d'intégration : les refus de soins.

Quand il s'agit d'une rupture dans l'égalité d'accès aux soins, ces discriminations paraissent particulièrement choquantes et la pratique de certains professionnels est proprement scandaleuse quand elle consiste à refuser purement et simplement de soigner l'enfant malade.

La question de l'accès aux soins des enfants de l'ASE est un sujet à part entière et le CISS recommande que soit diligentée une enquête nationale au sein des Conseils généraux et auprès des assistantes familiales pour lutter contre ce qui constitue selon nous un mépris du droit à la santé pour tous et un non-respect de la loi.

## ⊗ **Recommandation 5 : Appeler la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations à engager des moyens d'investigations pour lutter contre les refus de soins discriminatoires**

« La HALDE soutient et met en œuvre des actions de prévention des discriminations et de promotion de l'égalité avec l'ensemble des acteurs : administrations, entreprises, associations, partenaires sociaux, etc. »<sup>1</sup>

La France consacre plus de 140 milliards d'euros à sa santé, ce qui représente 10% environ de sa richesse nationale. Son budget santé est le quatrième de l'OCDE.

**En dépit de ce très fort investissement, nos pouvoirs publics ne parviennent pas à endiguer les phénomènes de discriminations opposées à certains citoyens.**

Le dispositif de couverture maladie universelle instauré pour garantir à tous un égal accès aux soins peine à tenir ses engagements tant les réticences de certains professionnels sont grandes quand il s'agit de recevoir des patients bénéficiaires de la CMU.

Nous l'avons décrit plus haut, les refus de soins n'ont rien d'anecdotiques, ils concernent un ensemble d'usagers disposant de « droits particuliers », acquis au nom de l'équité.

La HALDE doit traiter ce qui devient un « problème de société » et même inscrire cet axe de travail parmi ses priorités d'action.

Elle dispose des moyens dont les associations et les Caisses primaires d'assurance maladie manquent pour faire la lumière sur ce type de discriminations et son indépendance gagerait la plus grande objectivité de ses analyses.

Un rapport de la HALDE ne manquerait pas d'interpeller efficacement les autorités compétentes et c'est précisément cet objectif que tous les défenseurs de la cohésion sociale poursuivent.

---

<sup>1</sup> <http://www.halde.fr/Promotion-de-l-egalite.html>





Le CISS, la FNATH et l'UNAF militent pour la défense des droits des usagers du système de santé et dénoncent les entorses à l'égal accès de tous à des soins de qualité car en dépit des dispositifs de protection sociale pour tous, certains patients peinent à se faire soigner. Les exclus du droit à la santé sont nombreux et les discriminations ne concernent pas seulement les personnes en situation de précarité.

En France, 5 millions de Français ne possèdent pas de complémentaires santé et cette circonstance limite considérablement l'accès aux soins compte tenu notamment de l'inflation continue des dépassements d'honoraires. Faute de moyens, ce sont des millions de Français qui renoncent aux soins ou les retardent au risque d'aggraver leur état de santé. Le CISS, la FNATH et l'UNAF sont extrêmement sensibles à cette question et leur mobilisation s'intensifie quand les difficultés d'accès aux soins se détériorent à cause de l'ostracisme dont sont victimes certains patients. Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, notamment, font souvent l'objet de discriminations en raison des droits qui leur sont conférés (dispense d'avance de frais, tiers payant, exonération de dépassements d'honoraires).

### Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

représente depuis plus de 10 ans les intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité. Il rassemble plus de 30 associations nationales intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs : ADMD, AFD, AFH, AFM, AFP, AFVS, AIDES, Alliance Maladies Rares, Allegro Fortissimo, ANDAR, APF, AVIAM, CSF, Epilepsie France, FFAAIR, Familles Rurales, FNAMOC, FNAPSY, FNAIR, FNATH, France Alzheimer, France Parkinson, Ligue Contre le Cancer, Le LIEN, Médecins du Monde, ORGECO, SOS Hépatites, Transhépate, UNAF, UNAFAM, UNAPEI, Vaincre la Mucoviscidose.



Il veille en particulier au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002.

Ses missions :

- L'information des usagers du système de santé.
- La formation de leurs représentants.
- La définition de stratégies communes pour améliorer la prise en charge des usagers.
- La communication publique de ses constats et revendications.

## La FNATH (association des accidentés de la vie)

est aujourd'hui l'association de défense de tous les accidentés de la vie, des malades, invalides et handicapés. Dans un esprit mutualiste d'entraide et de générosité, elle apporte soutien, réconfort, conseils et assistance aux accidentés et les aide à repartir dans la vie sociale et professionnelle.

A la FNATH, ce sont 200.000 adhérents solidaires qui luttent au quotidien pour améliorer la vie des accidentés, des handicapés, des malades, et pour qu'ils soient reconnus et traités en citoyens à part entière. L'attachement de la FNATH aux valeurs d'égalité est identitaire et c'est au nom de ce combat qu'elle dénonce vigoureusement les refus de soins et autres injustices dont sont victimes des personnes vulnérabilisées par la maladie ou le handicap.



## L'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

est une institution nationale, regroupant 8.000 associations familiales, chargée de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant sur le territoire français, quelles que soient leurs croyances ou leur appartenance politique. Les questions de santé sont au cœur de son action et l'UNAF réprovoque, dans toute la diversité qui la constitue, les manœuvres qui visent à aménager un «parcours de soins bis» pour les patients bénéficiaires de droits sociaux particuliers.

