CISS PRATIQUE

Fiche thématique du CISS n°8 - Droits des malades : Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS - 2015

Droits des malades

Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide médicale d'Etat et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

DE QUOI S'AGIT-IL?

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été introduite par la loi du 27 juillet 1999. Elle 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 CISS Pratique n°5)*. Fondée sur les mêmes objectifs d'accès aux soins, l'Aide médicale d'Etat (AME), mise en place quant à elle en 2000, s'adresse aux étrangers en situation irrégulière aux faibles revenus *(voir la fiche CISS pratique n°20 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 CISS Pratique n°6)*.

Parallèlement, la réglementation met en place des dispositifs spécifiques pour favoriser le recours au système de santé des bénéficiaires de la CMU-C (plus de 5 millions d'assurés en juin 2014) et de l'AME (plus de 200.000 bénéficiaires en 2010).
Ainsi :

- tout médecin (y compris lorsqu'il est inscrit en secteur 2) 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 prix applicables en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie sont fixés par un arrêté du 19 février 2009 ;
- les prix applicables en matière de dispositifs médicaux doivent respecter les limites tarifaires fixées par l'arrêté du 14 août 2002 ;
- les prix applicables en matière d'équipement d'optique doivent respecter les limites tarifaires fixées par l'arrêté du 14 août 2002 ;
- 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 désormais 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, problématiques pour de nombreux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

leCISS
Collectif Interassociatif Sur la Santé
10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27 - www.leciss.org

CE QU'IL FAUT SAVOIR

CE QU'IL FAUT SAVOIR CE QU'IL FAUT SAVOIR CE QU'IL FAUT SAVOIR

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*	**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 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 ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant ».* ***Article 7 du Code de déontologie médicale (article R4127-7 du Code de la Santé publique) :*** *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes (…) ».*	***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 du Code 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 […] »*	***Article L1110-3 du Code de la Santé publique***	**Les refus de délivrance de prestations médicales** doivent être assimilés à des refus de vente interdits par **l'article L122-1 du Code de la consommation** et sanctionné par l'article R121-13 du même code et punis telle une contravention 5e classe.	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L122-1 du Code de la consommation **(L141-1 du Code de la consommation)**.
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	***Article 53 du Code de déontologie médicale (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 télémédecine. 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 ».*		***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 ».* ***Article 1 de l'avenant 8 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 28 juillet 2011 :*** *« 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 ».*		
	Non respect de la dispense d'avance de frais (Refus de soins détournés)			**Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie du 26 juillet 2011 :** **Article 5 :** *« Les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique ».* **Article 75 :** *« En cas de non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, une procédure conventionnelle d'examen des manquements 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 au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS. »***		
Chirurgiens dentistes	*Refus de soins*	**Article L1110-3 du Code de la Santé publique** **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 ».*		***Article L1110-3 du Code de la Santé publique***	**Les refus de délivrance de prestations médicales** doivent être assimilés à des refus de vente interdits par **l'article L122-1 du Code de la consommation** et sanctionnés par l'article R121-13 du même code et punis telle une contravention 5e classe.	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L122-1 du Code de la consommation **(L141-1 du Code de la consommation).**
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	***Article R4127-240 du Code de la Santé publique :*** *« 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 ».*		**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.		
Pharmaciens	*Refus de vente*	***Article R4235-6 du Code de la Santé publique :*** *« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers* ***toutes les personnes*** *qui ont recours à son art ».*		***Article L1110-3 du Code de la Santé publique***	**Les refus de délivrance de prestations médicales** doivent être assimilés à des refus de vente interdits par **l'article L122-1 du Code de la consommation** et sanctionnés par l'article R121-13 du même code et punis telle une contravention 5e classe.	La DGCCRF est compétente pour enquêter sur les infractions à l'article L122-1 du Code de la consommation **(L141-1 du Code de la consommation).**
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	***Article R4235-65 alinéa 2 du Code de la Santé publique :*** *« 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 ».*		***Article 24 de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie du 4 mai 2012 :*** *« 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*** *» .*		

Fiche thématique du CISS n°8 - Droits des malades : Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS - 2015

CE QU'IL FAUT SAVOIR

En 2006, le rapport Chadelat proposait de renforcer les sanctions des refus de soins et ainsi de :

1/ introduire une faculté de sanction spécifique pour la loi sur la CMU en plus des sanctions existantes,

2/ mettre en place une politique effective des ordres professionnels pour une identification rapide des cas de refus et mise en œuvre des sanctions existantes,

3/ permettre la saisine des chambres disciplinaires et de la section des assurances sociales des ordres par les associations d'usagers,

4/ compléter le rôle des commissions des pénalités dans chaque caisse de Sécurité sociale de manière à introduire un mécanisme de sanctions financières.

De son côté, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 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.

POSITION DU CISS

La question des refus de soins a été suffisamment documentée ces dernières années pour appeler des mesures actives (permanences des associations, rapports de Médecins du Monde…).

Aussi, à la publication de l'enquête du Fonds CMU en juin 2006, à partir de testings réalisés auprès de professionnels du Val-de-Marne, le CISS avait saisi la HALDE. Celle-ci, dans trois délibérations du 6 novembre 2006, a reconnu le caractère discriminatoire des refus de soins sur la base des engagements internationaux de notre pays et de notre législation. Un testing réalisé par le CISS, l'UNAF et la FNATH en 2009 a très largement démontré que les refus de soins opposés aux personnes bénéficiaires de la CMU-C ne constituaient pas des pratiques marginales.

Afin de mettre fin à ces pratiques discriminatoires inacceptables, il est essentiel que les victimes de refus soins signalent ces situations aux organismes compétents et si nécessaire, qu'elles se fassent accompagner par les associations dans leurs recours tant au niveau des instances ordinales que des conciliateurs des Caisses de Sécurité sociale. Pour soutenir ces démarches, la fiche CISS pratique n°8 bis intitulée *« L'accompagnement par les associations des bénéficiaires de la CMUC et de l'aide médicale d'Etat, victimes de refus de soins »* est disponible et contient des lettres-type de signalement de refus de soins aux conseils de l'Ordre, aux CPAM et au Défenseur des droits.

S'INFORMER

Santé Info Droits : 0 810 004 333 (N° Azur tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)

SANTÉ INFO DROITS
0 810 004 333
la ligne du CISS

La ligne d'information et d'orientation du CISS 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.leciss.org/sante-info-droits.

Fiches CISS pratique n° 5 (CMU Complémentaire), n° 6 (ACS), n° 8 bis (Accompagnement des victimes de refus de soins par les associations) et n° 20 (Accès aux soins des étrangers en situation irrégulière)

FP - 2006 - 08 - E6 - 15