



*Rapport adopté lors de la session du Conseil national  
de l'Ordre des médecins de décembre 2006*  
*Section Ethique et déontologie*  
**Rapporteur : Dr Philippe Biclet**

## **Les soins aux personnes démunies en France**

Les soins aux personnes à faible revenu, démunies ou en état de grande nécessité confrontent les médecins aux devoirs éthiques les plus pressants de leur profession.. L'exemple de Saint Jean de Dieu, portant sur son dos les malades miséreux de Séville pour les traiter dans des lieux qui prendront progressivement la fonction et la dénomination d'hôpitaux est trop rarement évoqué au cours des études et des stages. Il s'agit pourtant d'un modèle à rappeler à une profession guettée par les pesanteurs administratives, les contraintes techniques, le légitime souci de garantir ses revenus.. La France a mis en place deux dispositifs visant à étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population : la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour les citoyens français et étrangers dont la présence en France est stable et l'Aide Médicale d'Etat (AME) essentiellement destinée aux étrangers en situation irrégulière. Ces dispositifs sont complétés par l'action de certaines ONG, par exemple : Médecins du Monde et des services sociaux publics : le Samu Social. Une récente étude de législation comparée réalisée par les services du Sénat montre que les dispositifs français ont de nombreux points communs avec ceux mis en place dans la plupart des Etats membres.

Les dispositifs qui permettent une prise en charge médicale.

En dehors des prestations habituelles de l'assurance maladie, les soins aux personnes démunies peuvent être administrés en France selon deux dispositifs :

- **la couverture maladie universelle de base(CMU)** permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). En outre, les personnes étrangères qui demandent la CMU doivent posséder un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile Ce n'est pas un dispositif compassionnel, elle vise à placer le maximum de citoyens dans le régime de droit commun.
- La couverture maladie universelle (CMU) accorde à ses bénéficiaires un droit aux prestations en nature identique à celui des assurés sociaux du régime général. Seul le ticket modérateur reste dû. En outre, les bénéficiaires de la CMU ont des garanties

particulières de tarifs : consultations et soins à des tarifs opposables, prothèses à des prix de référence. Les praticiens et les établissements de santé conventionnés sont tenus d'accepter la CMU. La CMU peut être associée à une assurance complémentaire qui permet la gratuité de certains soins et dont la cotisation est modulée selon les revenus. Cette complémentaire peut également être délivrée gratuitement ;

- **L'aide médicale d'Etat aujourd'hui gérée l'Assurance Maladie est obtenue par une demande présentée auprès de la caisse primaire ou par le service social du Conseil général ou un Centre Communal d'Action Sociale. Elle** concerne les étrangers dont la situation administrative n'est pas régularisée mais qui résident en France de manière stable ou qui sont admis pour des raisons humanitaires. Il existe un double palier d'accès aux prestations ainsi déterminée selon que l'étranger justifie ou non d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine et dans les DOM depuis au moins trois ans., Seul ce dernier cas donne accès à l'ensemble de ces prestations, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital.. Dans les autres cas, l'étranger a seulement accès à un établissement de santé., Cette limitation concerne également les consultations externes. Les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier (pharmacie, appareils, analyses, examens), peuvent être délivrées en officine.

Le bénéficiaire de l'AME a le libre choix de l'établissement de santé dans lequel il est admis à condition qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé participant au service public hospitalier. A défaut, il peut s'adresser à un établissement privé dans les conditions de l'assurance maladie, c'est-à-dire dans les limites des tarifs pratiqués par les établissements de santé proche du lieu de résidence du bénéficiaire ou du lieu où il a élu domicile.

### **La précarité, un problème grandissant en partie lié à l'immigration**

Le rapport Médecins du Monde 2005 dresse un bilan alarmant de son action auprès des personnes démunies : 89% des 20641 patients suivis dans les centres de Médecins du Monde sont étrangers et 60% de ceux ci sont en situation illégale. Parmi les pathologies rencontrées avec des fréquences bien supérieures à celles de la population générale, on note l'hépatite C : 10 fois supérieure, le VIH : 19 fois supérieure, les dents absentes : 4,5 supérieure.

Des relations statistiquement significatives sont établies entre la précarité et certains indicateurs de santé importants : mauvaise santé perçue, obésité, maigreur, pression artérielle élevée, dents cariées (BEH 43/2005, 31 octobre 2005).

Il existe une discordance très importante entre les droits potentiels ou théoriques aux différentes prises en charge et les droits effectifs : sur 100 patients pouvant bénéficier de l'AME, seuls 7,3 ont fait la demande. Il y a donc en premier lieu à inciter tous les acteurs sociaux et professionnels de soins à développer l'information. Le pourcentage de patients reçus ne pouvant relever d'aucune prise en charge a augmenté entre 2003 : 9,2% et 2004 :19%., Cette augmentation s'expliquant par le durcissement en 2004 des conditions d'accès à l'AME écartant de nombreux étrangers en situation irrégulière, les vrais « sans papiers » incapables de fournir le moindre document

### **Les problèmes éthiques et déontologiques dans l'application des textes**

Lorsqu'ils bénéficient d'une prise en charge différente des assurés sociaux ordinaires, les patients se heurteraient avec une fréquence significative aux refus de soins des praticiens : médecins, principalement spécialistes et dentistes.

Ainsi, l'Ordre a été interpellé par la Halde sur le fondement de quelques plaintes de patients bénéficiaires de la CMU et de certains sondages réalisés auprès de praticiens.

Selon nos informations, de nombreux litiges concernent la seule prise en charge immédiate, les patients en état de précarité ont des difficultés à gérer un emploi du temps à intervalle de temps éloigné d'une semaine ou plus et respecter les rendez vous alors qu'ils sont susceptibles de fréquenter une consultation à accès libre. Les difficultés linguistiques et de communication compliquent également la prise de contact.

Une fois parvenus au sein du cabinet médical, des difficultés peuvent survenir dont témoignent les courriers reçus par les conseils départementaux : accusations reprochant des attentes injustifiées, des propos racistes ou xénophobes, des attitudes méprisantes. Les réponses des praticiens mettent en avant l'éclatement de scandales dans les cabinets devant la clientèle habituelle, les difficultés linguistiques, l'alcoolisme et la toxicomanie de certains patients. Il est le plus souvent impossible de connaître la vérité. Il appartient alors au conciliateur ordinal si son intervention est recherchée de faire la part entre des réactions agressives injustifiées chez de véritables écorchés vifs et d'éventuels comportements méprisants de la part du secrétariat ou du médecin mécontents de voir se mêler à leur clientèle des patients socialement en difficulté. Dans des cas potentiellement dangereux, le recours à la force publique peut être envisagé. Pour le faciliter, un numéro de téléphone spécial a été mis en place à Paris.

L'Ordre doit rappeler aux médecins les articles du code de déontologie en vigueur en France, inspirés par une conception humaniste et charitable ; Ainsi l'article 7 impose un égal traitement, une attitude respectueuse et attentive pour tous les patients quels que soient les sentiments qu'ils inspirent et quelle que soit leur réputation. Enfin, il ne saurait y avoir de limitation à la qualité des soins administrés.

L'exigence déontologique de soigner **tous** les patients s'impose à tous les praticiens. Elle est encore plus évidente voire « sacrée » en cas d'urgence. Cependant, les cabinets médicaux ne sont pas des lieux publics, entreprises libérales, Ils doivent satisfaire aux contraintes d'équilibre financier et demeurer des lieux paisibles. Il en est également de même des établissements de santé publics et privés qui sont trop souvent aujourd'hui théâtre d'actes de violence ou d'incivilité. Lorsque l'offre de soins permet une prise en charge rapide et adéquate dans des structures géographiquement voisines, il n'est pas contraire à la déontologie de diriger les patients vers celle-ci. Nos confrères travaillant dans des bassins de vie particuliers peuvent témoigner que le type d'organisation qui est proposé comme modèle par les pouvoirs publics avec en particulier le respect du parcours de soins peut être inadapté tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Des structures intégrées de type dispensaire avec guichet social correspondent mieux à l'attente des patients et peuvent être plus efficaces. Il est regrettable que leur nombre ait diminué ces dernières années. Cette remarque est encore plus aiguë dans les départements et territoires d'Outre Mer où se cristallisent cas médicaux graves, problèmes sociaux et clandestinité. Il convient de connaître les difficultés particulières d'exercice de nos confrères et d'insister sur le fait que la priorité sanitaire, ici criante, impose des pratiques administratives adaptées ;

Les honoraires sont parfois une source de conflits : l'acte médical se déroule le plus souvent dans le contexte de la prise en charge sociale et financière organisée par l'Etat avec des tarifs administrés ( y compris pour les prothèses dentaires et les frais de lunetterie) et bénéficiant du tiers payant. Les dépassements d'honoraires sont interdits, contrainte qui s'exerce également sur les médecins à honoraires libres ; Il faut également souligner que l'absence fréquente de désignation de médecin traitant imposée par le parcours de soins coordonné peut être source de complications administratives

Le médecin doit procéder à la vérification administrative de l'ouverture des droits : la qualité de bénéficiaire des prestations sociales repose sur la production d'un document généralement une carte plastifiée nommée carte Vitale. En raison de certains abus liés à des soins prodigués à des patients en situation irrégulière produisant une carte d'un membre de leur famille ou d'un concitoyen portant le même nom et pour lesquels les difficultés linguistiques limitaient les contrôles ; il est prévu, ce qui n'aura qu'un effet limité, d'ajouter une photo d'identité sur la carte. Le professionnel de santé complaisant aura ainsi plus de difficultés à prouver sa bonne foi en cas de suspicion de fraude.

Le rôle du médecin ne s'arrête pas aux soins, il doit informer et s'efforcer de repérer le régime social adapté à la situation du patient et permettant la meilleure couverture

C'est ce qu'impose l'article 50 du code de déontologie : les médecins sans céder à aucune demande abusive doivent faciliter aux patients l'obtention des avantages sociaux auxquels ils peuvent prétendre.

Le cœur de la mission de l'Ordre étant de permettre l'accès aux soins **à tous les patients** et de veiller au respect de la déontologie **par tous les médecins**, il ne peut accepter de discrimination face à un malade. Cependant, c'est le degré de l'urgence médicale qui doit être premier. Aussi bien vis à vis des médecins que vis à vis des malades, la CMU en doit pas devenir « une identité » qui fait écran à la maladie. Elle ne doit pas conférer à ses détenteurs des « sur-droits ». Nous savons bien qu'il existe des dérives dans la demande de soins, celle ci peut pour certains être assimilée à un droit de consommation que le médecin devrait satisfaire sans demeurer le seul juge de son opportunité. Il convient donc de rappeler aux médecins leurs devoirs de responsabilité et même de courage pour ne pas céder à des demandes abusives. Les médecins de leur côté ne doivent pas avoir d'états d'âme à rappeler aux patients leurs devoirs. Il est déontologique d'opposer un refus à certaines demandes de soins, de prescriptions injustifiées ( article 8). Il convient réciproquement que la société et l'administration soutiennent le corps médical.

### **Les cas extrêmes**

Les deux catégories de prise en charge ; CMU et AME laissent au bord du chemin un certain nombre d'étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME. Le durcissement des conditions d'attribution à l'AME peut entraîner des situations de carence sanitaire grave, voire dramatique pour des cas médicaux urgents ou contagieux susceptibles d'entraîner des risques épidémiologiques. Ceci a justifié le troisième dispositif de nature sanitaire et compassionnelle.

**Les soins urgents sont pris en charge par l'Etat** dans le cadre d'une enveloppe limitative. « seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à, une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de

l'enfant à naître, doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité ». Ainsi, sont pris en charge les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse, les soins à la femme enceinte ou aux nouveaux-nés, les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les interruptions volontaires de grossesse. Le médecin doit justifier le caractère urgent des soins dispensés. Enfin tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France sont réputés répondre à la condition d'urgence.

La définition de l'urgence étant de la responsabilité du seul médecin, c'est à ce dernier qu'incombe la difficile mission de refuser certains soins. Cette situation, difficile à gérer dans des contextes de misère générale dans certains pays du Sud devient immédiatement choquante à proximité d'un environnement hyper médicalisé et de populations ne connaissant aucune limite aux soins.

**La situation des étrangers en situation irrégulière sous le coup d'un arrêté d'expulsion** impose une procédure fixée par l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiée par la Loi n°2003-119 du 26 novembre 2003.. Il revient à un médecin de l'administration de juger si l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour le malade des conséquences d'une exceptionnelle gravité sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi. Il s'agit là d'une appréciation particulièrement difficile plaçant ce médecin entre deux risques, une attitude trop complaisante pouvant être interprétée comme la rédaction de certificats tendancieux et justifiant donc des poursuites disciplinaires et une attitude trop restrictive au mépris de l'éthique professionnelle.

Alors que ces trois dispositifs – parmi les plus généreux au sein des Etats membres européens, sont à même de prendre en charge la quasi-totalité des soins, dans un cadre organisé, il apparaît encore de nombreuses poches de détresse humaine avec des carences sanitaires dramatiques.

La place des Organisations non gouvernementales ; particulièrement Samu Social, Médecins du Monde, s'affirme dans ce cadre. Des associations locales reposant sur des bonnes volontés, utilisant par exemple les compétences et la bonne volonté de médecins retraités, des groupements type Reso maillent le territoire et apportent des soutiens ponctuels. Dans les hôpitaux publics des permanences d'accès aux soins de santé PASS offrent des soins élémentaires.

### **Les refus de soins**

La loi du 4 mars 2002 et le code de déontologie imposent d'obtenir le consentement du patient avant d'administrer des soins. Le refus de soins est une situation fréquente dans les cas de grande précarité. Le temps limité dont disposent les équipes médico-sociales débordées pour les négociations avec des patients difficiles exerce une contrainte supplémentaire. La recherche de la participation du patient est indispensable pour obtenir une compliance aux soins à court terme voire à moyen terme lorsqu'il s'agit par exemple d'administrer un traitement antituberculeux quotidiennement. . Enfin, l'attitude de respect est seule à préserver la dignité du patient meilleure chance qu'il retrouve une image acceptable de lui-même. Face aux sans domicile fixe, il n'appartient pas au médecin, dans le cadre idéologique actuel, de faire prévaloir sa conception de l'homme et de la société sur le respect de l'autonomie des individus et de leur choix de vie. Il y a des cas où la transgression est cependant préférable à

la mort et en période de grand froid, les équipes sociales ont le devoir d'emmener de force les individus ramassés au cours des maraudes dans des foyers chauffés, mais ne s'agit il pas là d'une mesure d'ordre public et non d'un geste médical.

Face aux patients d'autres cultures arrivés récemment sur le sol français, le médecin doit bien prendre conscience de la distance existant entre les médecines traditionnelles et les médecines occidentales et il doit chercher à rassurer. Seules les maladies contagieuses peuvent exiger des attitudes contraignantes.

### **La situation des immigrés dans les autres Etats membres**

- **L'Allemagne** accorde des droits très limités aux étrangers en situation irrégulière

Les étrangers en situation irrégulière ont en principe droit aux mêmes prestations de santé que les demandeurs d'asile, c'est-à-dire essentiellement aux soins urgents, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive. Toutefois, l'application de cette règle se heurte à la loi sur les étrangers, qui oblige les organismes publics à dénoncer les étrangers qui ne possèdent pas de titre de séjour valable. De plus, les prestataires de soins qui traitent les étrangers en situation irrégulière courent le risque d'être poursuivis pénalement pour avoir aidé autrui à séjourner sans titre sur le territoire fédéral.

- **L'Espagne** subordonne l'accès aux soins à la domiciliation, et non à la régularité du séjour

En Espagne, les étrangers enregistrés dans le fichier de la commune où ils résident bénéficient, quel que soit leur statut, des mêmes droits que les Espagnols. C'est donc la **déclaration domiciliaire** qui conditionne l'établissement de la carte de santé, nécessaire pour accéder gratuitement aux soins fournis par les prestataires agréés par l'Institut national de gestion sanitaire. Cette déclaration ne requiert pas la détention d'un titre de séjour, mais la possibilité qu'ont les autres administrations, depuis la fin de l'année 2003, d'obtenir les données du fichier municipal dissuade certains étrangers de se faire enregistrer.

En revanche, les autres étrangers en situation irrégulière ont seulement droit aux soins d'urgence, à l'exception des mineurs et des femmes enceintes, qui bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux espagnols.

- **En Belgique**, l'aide médicale urgente, qui est financée par l'État, donne aux étrangers en situation irrégulière et dépourvus de ressources financières la possibilité d'accéder à presque tous les soins. L'aide médicale urgente couvre en effet toutes les prestations répertoriées par la sécurité sociale, dès lors qu'elles ont été prescrites par un praticien conventionné et que celui-ci a rempli une attestation d'urgence.
- **Aux Pays-Bas**, la loi donne aux étrangers en situation irrégulière le droit de bénéficier des « soins médicaux nécessaires ». Ce sont les professionnels qui apprécient le caractère nécessaire des soins et, en règle générale, tous les soins susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie sont considérés comme tels. Un fonds spécifique rembourse les médecins qui acceptent de soigner gratuitement les étrangers en situation irrégulière, tandis que les établissements hospitaliers négocient avec les assurances sociales le montant annuel du remboursement de leurs créances insolvables, constituées notamment par les prestations fournies aux étrangers en situation irrégulière.

- **En Italie**, le principal texte législatif sur l'immigration garantit aux étrangers en situation irrégulière l'accès aux soins urgents, ainsi qu'aux programmes de médecine préventive, tout en précisant que les professionnels n'ont pas à signaler les étrangers en situation irrégulière qu'ils soignent, sauf s'ils les traitent pour une maladie pour laquelle il existe une obligation de déclaration. Les étrangers en situation irrégulière doivent s'adresser à des structures publiques ou conventionnées. Les professionnels sont remboursés par le ministère de l'intérieur ou par le Fonds sanitaire national, selon que les prestations fournies relèvent de l'urgence ou de la prévention.
- **En Angleterre**, certains soins sont prodigués gratuitement à tout étranger, en particulier aux étrangers en situation irrégulière : non seulement les soins, quels qu'ils soient, dispensés dans des services d'urgence, mais aussi les prestations liées au traitement de certaines affections, parmi lesquelles plusieurs maladies contagieuses. Les autres prestations, qu'elles relèvent de la médecine hospitalière ou de la médecine de ville, n'ont pas à être fournies gratuitement, sauf aux assurés sociaux. Toutefois, alors que les hôpitaux doivent, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004, vérifier le statut de leurs patients, car les soins hospitaliers gratuits sont réservés aux seuls résidents, les médecins de ville du service national de santé ne sont pas soumis à une telle obligation, de sorte que les étrangers en situation irrégulière peuvent se faire soigner gratuitement par les praticiens qui acceptent de les inscrire sur leur liste de patients.

**En conclusion**, le coût grandissant des soins dans les pays développés et par voie de conséquence certaines restrictions apportées au panier de soins comme les déremboursements de médicaments amènent à opposer trois types de populations :

- une population très bien assurée par des caisses de cadres ou des mutuelles coûteuses pouvant recourir à l'ensemble des biens et services médicaux,
- une population aux revenus modestes, rarement couverte par une mutuelle et qui ne bénéficie d'une prise en charge totale que pour les seules affections graves justifiant l'ALD, ce qui peut amener, dans certaines situations des restrictions volontaires de soins élémentaires ou d'actes de prévention. C'est en destination de cette population que devraient être mis en place divers mécanismes d'incitation à la souscription de mutuelles, par exemple de nature fiscale.
- une population défavorisée, souvent immigrée, qui bénéficie, dans la plupart des cas, des seuls soins vitaux. On assiste dans la plupart des Etats membres à un durcissement des conditions d'accès aux soins dont pâtiront en premier les populations défavorisées. Vis-à-vis des médecins, l'Ordre est dans sa mission en rappelant les devoirs essentiels de la profession, il doit aussi interpeller les pouvoirs publics pour que des offres de soins adaptées soient mises en place et que les conditions de travail des médecins soient facilitées pour leurs missions à la limite du social ou du sanitaire. Les organisations humanitaires ne peuvent régler toutes les situations. C'est un devoir collectif et personnel pour tout médecin de donner ses soins à toute personne et particulièrement celle qui est dans la détresse.

