

# **Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins**

---

Rapport à Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé

Approuvé par la Commission le 30 octobre 2020

---

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 confie aux conseils nationaux des professions médicales la mission de « *mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés* ».

Des commissions sont créées pour mettre en œuvre ce dispositif.

L'ordre de marche est lancé en février 2017 concernant le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

La Commission présidée par un représentant du CNOM est composée de médecins, d'associations d'usagers, d'un représentant de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et d'un représentant du fonds CMU. Le CNOM a fait le choix de demander aux organisations professionnelles représentatives de proposer des représentants.

La problématique du refus de soins discriminatoires mobilise l'ensemble de ces parties.

Un premier rapport publié en novembre 2018 soulignait la difficulté majeure que représente l'absence de données quantitatives, par ailleurs, la définition du refus de soins discriminatoires avait été pleinement définie.

L'absence de moyens alloués à la Commission est un élément rapidement identifié par celle-ci comme étant l'entrave principale à la réalisation d'études permettant l'accomplissement de sa mission.

Ce rapport, couvrant la période de juillet 2019 à juillet 2020, constitue le constat d'une situation peu ou pas évaluée dans sa globalité par manque de moyens. La lutte contre le refus de soins, voire l'amélioration de l'accès aux soins, sujets de santé publique mériteraient une allocation budgétaire.

Au-delà de la mission initiale de la Commission, une réorientation de mission devrait pouvoir être envisagée par Monsieur le Ministre.

Un travail de fond à orientation pédagogique s'appuyant sur une démarche territoriale pourrait être utile aux Professionnels de Santé dans l'intérêt des usagers.

# SOMMAIRE

1. Le cadre Légal et réglementaire
2. Composition de la Commission
3. Calendrier des réunions
4. Auditions et travaux présentés
5. Actions
6. Projets
7. Conclusion

## **1. Le cadre légal et réglementaire**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JO du 27 janvier 2016) a complété l'article L. 4122-1 du Code de la santé publique fixant les missions des conseils nationaux des professions médicales :

*« Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées, en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés ».*

Le Ministère de la Santé a fait le choix de créer une commission placée auprès des Ordres et non pas, comme le prévoyait la loi, de confier cette mission aux Ordres qui l'auraient menée en concertation avec les associations de patients (décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins, JO du 23 juillet 2016 créant les articles D4122-4-2 et D4122-4-3 du Code de la santé publique).

L'article D. 4122-4-2 du Code de la santé publique décrit ainsi ses missions :

*« Une commission, placée respectivement auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, est chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les professionnels de santé inscrits au tableau de chacun de ces ordres.*

*Ces commissions évaluent le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elles analysent ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles produisent des données statistiques sur la base de ces analyses. Elles émettent des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients. Elles ne statuent pas sur les situations individuelles. Sur la base de leurs travaux et après audition des organisations de la profession reconnues représentatives au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, ces commissions remettent chacune un rapport annuel au ministre chargé de la santé, au plus tard le 30 juin. Chaque conseil national de l'ordre rend ce rapport public dans un délai d'un mois à compter de sa transmission au ministre chargé de la santé ».*

L'article D. 4122-4-3 du Code de la santé publique fixe la composition de la commission.

Elle comprend, concernant l'Ordre des médecins 14 membres :

- 1°) Le président du conseil national de l'ordre ou son représentant ;*
  - 2°) Six médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes inscrits à l'ordre, désignés par le président ;*
  - 3°) Cinq représentants des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 et désignées par arrêté du ministre chargé de la santé ;*
  - 4°) Le directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie défini à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale ou son représentant ;*
  - 5°) Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie ou son représentant.*
- La présidence de chaque commission est assurée par le président du conseil national de l'ordre ou son représentant.*

*Les commissions se réunissent au minimum deux fois par an et peuvent prévoir l'audition de toute personnalité qualifiée dont la consultation leur paraît utile.*

L'arrêté du Ministre de la Santé du 29 décembre 2016 (JO du 06 janvier 2017) a procédé aux désignations suivantes :

- 1°) Un représentant de l'association AIDES ;
- 2°) Un représentant de l'association des paralysés de France (APF) ;
- 3°) Un représentant du collectif Interassociatif sur la santé (CISS) [devenu UNAASS] ;
- 4°) Un représentant du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) ;
- 5°) Un représentant de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI).

Dans sa Session de février 2017, le Conseil national a décidé, pour la composante professionnelle, de demander aux organisations professionnelles représentatives de proposer des représentants : trois aux organisations de médecins libéraux, deux aux organisations de médecins hospitaliers et pour le dernier un à la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés (importance de la question des refus de soins dans le cadre des pathologies psychiatriques).

Six médecins ont été proposés par les organisations représentatives et désignés pour siéger au sein de cette Commission auprès de l'Ordre. Le Docteur André DESEUR, Vice-président du Conseil national, a été désigné pour la présider.

Lors de la session de juin 2019, le Docteur Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI, Vice-Présidente du Conseil national, a été désignée pour succéder au Docteur DESEUR à la présidence de la Commission.

## **2. Composition de la Commission**

Au titre de la composante professionnelle, ont été désignés, sans qu'ils aient charge de représenter leur organisation syndicale d'origine :

- le Docteur Mady DENANTES au titre des généralistes ;
- le Docteur Philippe VERMESCH au titre des spécialistes hors médecine générale ;
- le Docteur Éric PERCHICOT au titre des généralistes et spécialistes ;
- le Docteur Bernard LACHAUX au titre de la psychiatrie ;
- le Docteur Bruno DEVERGIE au titre des hospitaliers ;
- le Docteur Jean-Michel BADET au titre des hospitaliers.

Pour les associations de représentants d'usagers, siègent à la Commission :

- AIDES représentée par Madame Caroline IZAMBERT ou Monsieur Laurent PALLOT ;
- le Mouvement pour le Planning familial français représenté par Madame Danielle-Simone GAUDRY ;
- France Assos Santé représentée par Monsieur Marc MOREL ;
- l'APF-France Handicap représentée par Madame Karen DARNAUD ;
- l'UNAPEI représenté par Monsieur Serge MOSER.

Siègent également à la Commission :

- Monsieur François MEURISSE représentant le Directeur général de la CNAM ;
- Madame Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

### **3. Calendrier des réunions**

Au cours de l'année 2019, la Commission s'est réunie les 18 février, 13 mai et 26 septembre.

En 2020, la Commission s'est réunie les 16 janvier et 23 juillet.

### **4. Auditions et travaux présentés**

La Commission a étudié les diverses études relatives au refus de soins faites par les différentes organisations la composant.

Pour le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie :

- ✓ « *les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales* », réalisé avec le Défenseur des Droits (1<sup>er</sup> octobre 2019) : l'étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères prohibés par la loi : l'origine et la situation de vulnérabilité économique. Le critère de l'origine est appréhendé à partir de la consonance du patronyme, celui de la situation de vulnérabilité économique à travers le fait de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Elle s'appuie sur un testing représentatif au niveau national conduit auprès de 1500 cabinets médicaux à partir de trois profils de patientes fictives.

Les résultats mettent en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique, dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C, elles sont par ailleurs plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1. Enfin, leur intensité est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Ile-de-France, indépendamment de la densité médicale locale.

L'étude relève également, dans certaines régions seulement, des discriminations selon l'origine.

Le taux global des refus de rendez-vous (qu'ils soient licites ou discriminatoires) témoigne de l'ampleur des difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42 % des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'ont pas eu accès à un rendez-vous, ce taux variant de 25 % à 66 % selon la spécialité.

[\(Rapport final, Etudes et résultats\)](#)

- ✓ En 2018, testing « *discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité* ». [\(Rapport\)](#)
- ✓ En 2017, rapport de recherches du Docteur Caroline DESPRES « *des pratiques médicales et dentaires entre différenciation et discrimination* ». Une analyse de discours de médecins et dentistes : cette étude permet de mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients).

Elle s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs menés entre mars et juin 2016 auprès de praticiens (10 dentistes, 18 médecins généralistes, 20 médecins spécialistes). La recherche a été centrée sur la médecine de ville et quelques médecins du secteur public. ([Rapport de recherche](#), [Synthèse](#))

- ✓ En 2012, le refus de soins en milieu rural « *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre* ». ([Analyse](#))
- ✓ En 2009, testing « *le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire à Paris* ». ([Rapport final](#))

#### Pour la Caisse nationale d'Assurance maladie :

Bilan de l'activité des médiateurs de caisse pour 2018 : il y a eu 600 signalements. Les plaintes concernant les bénéficiaires de l'ACS sont majoritaires et connaissent le plus fort accroissement :

- 56 % pour l'ACS
- 39 % pour la CMUC
- 5 % pour l'AME qui reste relativement stable.

Les principaux motifs invoqués sont :

- 48 % pour le refus de tiers payant intégral (*plaintes souvent liées à la difficulté de production de justificatifs et qui s'apparentent plus à un problème administratif qu'à une vraie discrimination*).
- 30 % pour le dépassement d'honoraires
- 8 % pour le refus de rendez-vous
- 5 % pour le refus de soins

Parmi les catégories professionnelles concernées, en 2018, il est constaté un pourcentage important (28,52 %) concernant les chirurgiens-dentistes (problème largement lié au désaccord sur les tarifs en vigueur pour certains actes prothétiques qui ont donné lieu à un nouveau barème en 2019).

Les spécialistes (cardiologues, anesthésistes, rhumatologues, orthodontistes) représentent 15,26 %.

Les médecins généralistes représentent 12,11 %.

Sur ces 600 signalements et suite à l'analyse de toutes ces situations, 408 signalements ont été qualifiés comme avérés.

Dans 80 % des cas, la médiation a permis d'aboutir à un accord.

#### Pour l'UNAAS :

- ✓ En 2009, un testing auprès de spécialistes sélectionnés par spécialité et par ville : les résultats montrent que :
  - pour 73 % des cas il n'y a pas de difficultés.
  - pour 5 % des cas, il est proposé aux patients CMU des créneaux particuliers et réservés aux CMU ou ils sont renvoyés en consultation publique hospitalière.
  - pour 22 %, il y a des comportements discriminatoires : acceptations de rendez-vous avec dépassements d'honoraires, des délais de rendez-vous trop longs, des refus d'avance de frais.
- ✓ Une enquête auprès des CPAM

- ✓ Une enquête auprès des conseils généraux en 2009 portant sur l'accès aux soins des enfants placés en famille d'accueil.

Pour AIDES :

- ✓ Testing auprès des gynécologues et chirurgiens-dentistes dans le cadre de la prise en charge du patient porteur du VIH : les résultats ont montré des refus de soins directs ou indirects de l'ordre de la moitié pour les chirurgiens-dentistes et d'un tiers pour les gynécologues. Cette étude a été publiée dans *The Lancet* en 2016.

## **5. Actions**

La Commission a relevé trois principales catégories de causes générant des refus de soins discriminatoires dans son rapport de 2018 :

- Méconnaissance notamment des personnes concernées, de leurs situations et de pathologies ;
- Difficultés de prise en charge de nature financière et administrative ;
- Difficultés de prise en charge de nature matérielle ou technique.

A partir de ce constat, les membres de la Commission ont initié des actions dans leur instance pour lutter contre les pratiques discriminatoires de refus de soins.

Il a été porté à la connaissance de la Commission, les actions engagées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en dehors des publications déjà effectuées dans le bulletin ordinal.

C'est ainsi que le Conseil national de l'Ordre des médecins a créé sur son site une rubrique dédiée à « discriminations et soins » accessible à tous. Celle-ci rappelle la déontologie médicale qui impose au médecin d'avoir une attitude non discriminatoire, rappelle les définitions du refus de soins discriminatoires et qu'il s'agit d'une faute déontologique et pénale. Cette rubrique porte à la connaissance du lecteur les décisions du Défenseur Des Droits concernant les plaintes de refus de soins discriminatoires et les décisions de la Chambre disciplinaire nationale.

L'institution ordinale a établi une fiche pratique sur le refus de soins afin de préciser aux médecins et aux patients l'interdiction de refuser des soins pour des motifs discriminatoires.

En outre, un formulaire de liaison a été mis en place entre les caisses primaires d'assurance maladie et les conseils départementaux de l'Ordre des médecins afin que ces derniers soient informés des signalements de refus de soins reçus par les médiateurs des CPAM et du traitement qui en a été fait.

Bien que l'institution soit peu saisie de plaintes concernant des pratiques discriminatoires de refus de soins, sa mobilisation reste importante.



L'accès aux soins, la lutte contre les discriminations sont les préoccupations éthiques et déontologiques de l'instance ordinale. Un groupe de travail en place réfléchit à la mise en œuvre d'un dispositif de veille.

## **6. Projets**

La Commission souhaite échanger avec les autres commissions sur l'action d'évaluation et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans l'exécution de leur mission.

Compte tenu du manque de moyens, la Commission estime ne pas être en mesure de réaliser une évaluation qualitative et quantitative précise des pratiques de refus de soins discriminatoires.

Elle sollicite par ce rapport une audience auprès de Monsieur le Ministre de la Santé.

## **7. Conclusion**

La Commission entend poursuivre ses échanges concernant les pratiques discriminatoires de refus de soins dans l'attente de moyens alloués par le Ministère de la Santé.

Elle souhaite se rapprocher des autres commissions pour partager son constat, son bilan et enrichir sa réflexion.

La Commission alerte le Ministère de la Santé sur la disparition du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, instance investie dans la mobilisation contre la lutte des pratiques discriminatoires de refus de soins.