



Paris, le 15 avril 2016

Décision du Défenseur des droits MLD-2016-083

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n°2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,

Vu le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946,

Vu la loi n°98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998

Vu la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,

Vu la loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique,

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Vu l'article L.1110-3 du code de la santé publique,

Vu les articles R.4127-7 et R.4127-211 du code de la santé publique

Saisi par X et par Y qui estimaient avoir été victimes de refus de soins du fait qu'elles sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;

Décide de :

- rappeler aux médecins mis en causes les termes de l'article L.1110-3 du code de la santé publique et les règles applicables aux bénéficiaires de l'ACS ;
- recommander au ministre chargé de la Santé d'organiser en partenariat avec l'Assurance maladie, les conseils nationaux de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes, le Fonds CMU et les associations concernées notamment le CISS, à une nouvelle campagne d'information et de sensibilisation au sujet des refus de soins, des différents dispositifs d'aide médicale et l'application respective de la dispense d'avance des frais et du tiers payants partiel ou intégral, notamment au vu des dernières modifications législatives ;
- demander au Ministre de la santé de veiller à la publication du décret d'application prévu par l'article L.4122-1 du code de la santé publique ;
- demander à être tenu informé des suites réservées à cette recommandation dans un délai de trois mois à compter de la notification de la présente décision.

Jacques TOUBON

RECOMMANDATION

1. Le Défenseur des droits a été saisi, le 27 avril 2014, d'une réclamation de X qui estime avoir fait l'objet d'un refus de soins lorsqu'elle se rendait avec son fils dans un cabinet ORL. Ce refus lui aurait été opposé en début de la consultation au motif que le médecin n'acceptait pas le tiers payant.
2. Le Défenseur des droits a été également saisi, le 18 décembre 2014, d'une réclamation de Y, relative à plusieurs refus de soins qui lui auraient été opposés en raison de son statut de bénéficiaire de l'ACS obtenu en septembre 2014.

Les faits :

3. Réorientée par son médecin traitant, X aurait pris rendez-vous auprès du secrétariat du cabinet médical en précisant être bénéficiaire de l'aide à l'acquisition pour une complémentaire santé (ACS) et en conséquence dispensée de l'avance des frais de consultation. Elle indique avoir présenté au médecin l'attestation d'ACS et sa carte vitale en début de rendez-vous, le 22 janvier 2014.
4. Le médecin aurait refusé d'examiner le fils de la réclamante, et lui aurait demandé de quitter le cabinet au motif, selon elle : « *qu'il était hors de question de faire un tiers payant, je ne serais pas payé tout de suite. [...].* »
5. Le fils de la réclamante souffrait outre d'otites à répétition, d'une hernie inguinale congénitale nécessitant une intervention chirurgicale, laquelle ne pouvait pas être opérée à cause des otites qui ne permettaient pas une anesthésie générale et retardaient ainsi la réduction chirurgicale de cette hernie. De ce fait, la réclamante estimait que son fils a été mis en danger. Selon elle, l'avis du médecin aurait pu permettre de savoir si une opération des végétations pouvait résoudre le problème d'otites récurrentes.
6. L'oto-rhino-laryngologiste (ORL) exerce dans son cabinet et en tant que chirurgien cervico-facial dans une clinique. Conventionné secteur 1, il pratique des honoraires sans dépassement et accepte la carte vitale.
7. La deuxième réclamante, Y, a trois enfants. Après une grossesse difficile, la réclamante a rencontré des problèmes de santé. Elle avait besoin de soins dentaires, ophtalmologiques et ortho-dentaires. Depuis qu'elle avait obtenu l'accord de l'ACS, la réclamante dit se voir systématiquement refuser les soins par des médecins de spécialités différentes au motif qu'ils n'acceptaient pas le tiers payant.

Enquête

8. Des tests téléphoniques ont été réalisés dans le cadre du traitement des deux dossiers.
9. Concernant le premier dossier, un agent habilité et assermenté du Défenseur des droits a constaté par procès-verbal, le 30 octobre 2014, auprès du cabinet ORL mis en cause les faits suivants.
10. La secrétaire médicale a proposé un rendez-vous, le 21 novembre 2014. L'appelant ayant ensuite précisé être bénéficiaire de l'ACS, la secrétaire a indiqué ne pas connaître l'existence de ce dispositif. Elle a simplement affirmé que le docteur n'acceptait le tiers payant sous aucune forme. Le rendez-vous a donc dû être annulé.
11. Compte tenu du résultat de ce test, cette réclamation a fait l'objet d'une enquête du Défenseur des droits.

12. Contrairement aux indications de son secrétariat, le médecin a indiqué recevoir tous les patients bénéficiaires de la CMU, de l'AME ou de l'ACS : « *Ceux-ci bénéficient du tiers-payant à condition que les droits soient ouverts et qu'ils soient en possession d'une attestation valide et d'une carte vitale mise à jour. Dans le cas contraire, ils règlent la consultation ou reviennent avec des pièces à jour.* »
13. Il communiquait son relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) pour la période de janvier à décembre 2014. Ce document est annuellement transmis aux médecins par la Sécurité sociale. Le relevé contient des éléments de gestion du cabinet par rapport aux actes prescrits ainsi qu'au public reçu et permet une comparaison avec les autres praticiens de la région. Enfin, ce relevé sert comme élément de contrôle pour la déclaration d'impôts.
14. Selon ce tableau et sur toute la période, il aurait soigné 19,96% de patients exonérés et pris en charge à 100% par la sécurité sociale et 5,67% de patients bénéficiaires de la CMU.
15. Une enquête complémentaire menée auprès de la CPAM a permis de préciser les éléments fournis par le médecin au sujet des consultations au titre du tiers payant des bénéficiaires de l'ACS. Un tableau fourni par la CPAM démontre que le médecin a traité au total 31 patients bénéficiaires de l'ACS dont trois ont pu bénéficier du tiers payant. Deux de ces patients ont eu un traitement sous forme d'actes de chirurgie et un patient au titre de consultation. Or, dix patients au titre d'actes techniques médicaux (hors imagerie), dix-sept personnes au titre de consultation spécialisée et une personne au titre de consultation n'ont pas pu bénéficier de l'application du tiers payant partiel.
16. Si le médecin accepte en conséquence des patients bénéficiaires de l'ACS, il ne semble appliquer que rarement le tiers payant. A l'inverse, il applique très majoritairement le tiers payant concernant les bénéficiaires de la CMU ou CMU-C. Cette situation n'est pas contradictoire mais laisse supposer que la problématique concerne les remboursements par les mutuelles privées.
17. Concernant le deuxième dossier, un agent habilité et assermenté du Défenseur des droits a constaté par procès-verbal, le 20 mai 2015, auprès de trois cabinets mis en cause par la réclamante, les faits suivants.
18. À chaque appel, les secrétaires médicales ignoraient les droits découlant du bénéfice de l'ACS. Dans un cas, il a été souligné que le cabinet n'acceptait pas le tiers payant pour l'orthodontie adulte puisque celle-ci n'est pas remboursée. Bien que cet argument soit recevable, la première consultation pour établir un devis aurait pu faire l'objet du tiers payant. En tout état de cause, le cabinet accepte par ailleurs le tiers payant et les patients CMU-C et ACS.
19. Les secrétaires des deux autres cabinets ont indiqué que si l'ACS ressemblait dans son fonctionnement à celui de la CMU, et si la patiente disposait d'une carte vitale permettant la télétransmission, il ne devrait pas y avoir de problèmes puisque les médecins recevaient chacun des patients bénéficiaires de la CMU ou de la CMU-C.

Analyse

20. Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...).* » Le Conseil constitutionnel a qualifié, dès 1975, ce droit de principe à valeur constitutionnelle.

21. Le droit à la protection de la santé est doublement consacré par la jurisprudence du Conseil constitutionnel: sous l'angle de la protection de la santé publique et sous celui de la protection du droit à la santé de chaque individu.
22. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, engage les États à reconnaître : « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.* »
23. Par ailleurs, aux termes de l'article 67 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions : « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique.* »
24. Cet objectif a été concrétisé par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et constituée d'une couverture maladie de base et d'une assurance complémentaire maladie gratuite.
25. La HALDE dans ses délibérations 2006-232 du 6 novembre 2006 et 2007-40 du 5 mars 2007 avait souligné que le refus d'accès aux soins opposé par les professionnels de santé aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME : « *était en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constituait une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux ainsi qu'une violation des principes déontologiques.* »
26. Selon les dispositions de l'article L.1110-3 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 [...] au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, [...].* »
27. Le code de déontologie médicale affirme un principe de non-discrimination codifié à l'article R.4127-7 du code de la santé publique (CSP) : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes 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 déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »
28. Selon l'article R.4127-211 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 déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* »
29. Le régime d'assurance maladie de la sécurité sociale organise les dépenses de santé d'un patient selon plusieurs parts. La part obligatoire est remboursée par l'assurance maladie ou sécurité sociale. La part complémentaire ou « ticket modérateur » est à la charge du patient ou de sa complémentaire santé. Restent la participation forfaitaire et la franchise médicale qui sont en principe à la charge du patient sauf les cas exemptés.
30. Dans l'objectif de garantir une prise en charge même des personnes les plus démunies, l'État a introduit différents dispositifs d'aides d'accès aux soins.

31. Jusqu'au 31 décembre 2015, on distinguait la couverture maladie universelle de base (CMU), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et l'aide médicale de l'État (AME). Ce dernier dispositif n'a subi aucune modification et continue à être appliqué comme auparavant.
32. À compter du 1^{er} janvier 2016, la CMU de base est remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) conformément à la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, modifiant notamment l'article L.380-1 et suivant du code de la sécurité sociale. La protection universelle maladie assure désormais « *aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.* »
33. Le Conseil constitutionnel a modifié, par la décision du 22 janvier 2016, la généralisation du tiers payant intégral. À partir du 30 novembre 2017, le tiers payant devient un droit pour tous les Français mais uniquement pour la partie obligatoire remboursée par la sécurité sociale contrairement à la partie remboursée par les complémentaires « santé ».
34. Ainsi, n'interviendra jusqu'à cette date aucun changement relatif au remboursement par la sécurité sociale des frais engagés par l'assuré social auprès des médecins, notamment pour les bénéficiaires de l'ancienne CMU de base.
35. La CMU complémentaire (CMU-C) est régie par les articles L.861-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Conformément aux informations résumées par le Fonds CMU, elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé y compris à l'hôpital. Sous la condition d'avoir une résidence régulière et stable en France et de disposer des revenus inférieurs au plafond fixé, les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes et les prothèses auditives. Les consultations sont payées directement au praticien par la sécurité sociale. Le bénéficiaire de la CMU-C est alors dispensé d'avance de frais.
36. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est considérée comme un aide prévue par les articles L.863-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond. Cette aide permet de réduire et, dans certains cas, de prendre en charge le montant total de la cotisation annuelle pour la complémentaire santé. Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés d'avance des frais pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, à condition de respecter le parcours de soins coordonnés.
37. La loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2015, définitivement adopté, le 1er décembre 2014, par l'Assemblée nationale, prévoyait l'élargissement du tiers payant intégral (incluant la part obligatoire, complémentaire et la participation forfaitaire) aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).
38. Le décret n°2015-770 du 29 juin 2015 détaille les modalités de la mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. Il a ainsi notamment modifié les articles D.861-2 à D.861-6 du code de la sécurité sociale.
39. « *Art. D.863-2.-Pour bénéficier du tiers payant prévu à l'article L.863-7-1, le bénéficiaire des soins présente au professionnel sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L.161-31. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de tiers payant intégral délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'assurance maladie.* »

40. « *Le paiement au professionnel des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L.863-7-1 est garanti, sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés et à la condition que la carte d'assurance maladie du bénéficiaire des soins ne soit pas inscrite sur la liste d'opposition mentionnée à l'article R.161-33-7 au jour de la délivrance de ces actes ou prestations ou, dans les cas prévus à l'alinéa précédent, sur présentation conjointe de l'attestation de tiers payant en cours de validité et de la carte d'assurance maladie.* »
41. « *Lorsque le professionnel de santé souhaite bénéficier d'un interlocuteur unique, il met en œuvre le tiers payant selon les modalités définies aux articles D.861-4, D.861-6 et D.861-7.* »
42. Au vu de ces textes, si l'ACS est accordée, deux situations existent désormais : l'une permettant l'application du tiers payant partiel et l'autre le bénéfice du tiers payant intégral.
43. Dans le premier cas, l'assurance maladie fournit une attestation de tiers payant sur la part obligatoire. Le bénéficiaire est alors censé régler auprès du médecin uniquement la part complémentaire et se voit donc d'ores et déjà appliquer le régime qui deviendra celui de droit commun. Par ailleurs, l'assurance envoie également une attestation de droit ACS comportant le chèque à faire valoir sur la cotisation annuelle auprès d'une complémentaire santé sélectionnée dans la liste des contrats sur lesquels le chèque ACS peut s'appliquer.
44. Dans le deuxième cas, et uniquement si le bénéficiaire a souscrit un contrat sélectionné, l'assurance maladie lui fournit une attestation de tiers payant intégral. Le bénéficiaire, sous condition de présenter son attestation et sa carte vitale mise à jour, est dispensé d'avance des frais et le tiers payant intégral s'applique de sorte que la consultation est réglée directement par la sécurité sociale auprès du médecin. Il faut relever que ce dispositif semble présenter l'avantage de limiter le nombre d'interlocuteurs privés et ainsi en assurer l'effectivité.
45. Avant l'entrée en vigueur de cette nouvelle réglementation, l'enquête du Défenseur des droits avait établi que les personnes dispensées de l'avance des frais se voyaient parfois refuser le bénéfice de ce dispositif, et une apparente méconnaissance de son existence même.
46. Néanmoins, les éléments obtenus auprès du médecin et de la CPAM démontrent que le médecin reçoit tous les patients quel que soit leur situation, CMU, AME ou des patients exonérés. Les statistiques laissent en revanche présumer que le médecin n'applique pas le tiers payant de manière systématique.
47. Les tests réalisés auprès des autres cabinets mis en cause par la deuxième réclamation aboutissent à une conclusion similaire.
48. L'absence d'information ou l'ignorance de l'existence de l'ACS peuvent mener les secrétaires médicales à refuser ou à ne pas informer correctement les patients en laissant supposer que le médecin ne pratique pas la télétransmission ou ne pratique le tiers payant que pour les patients CMU.
49. Sont considérées comme des refus de soins illicites et discriminatoires en raison du statut de bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, les pratiques entravant l'accès aux soins des malades ou ayant un effet dissuasif conduisant le malade à renoncer aux soins.

50. Au sujet des refus de soins des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, le Défenseur des droits avait constaté dans son rapport remis au premier ministre en mars 2014 : « *il ressort de nombreux constats documentés que la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant de « non-recours aux droits.»* Face aux difficultés d'établir les preuves d'un refus de soins, le Défenseur avait ainsi notamment recommandé : « *d'instaurer, en modifiant l'article L.1110-3 du code de la santé publique, un aménagement de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins fondé sur le type de protection sociale.* »
51. Concernant les refus de soins, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L.4122-1 du code de la santé publique. Ainsi, à partir de la publication du décret d'application prévu par le même article, il incombera aux Ordres professionnels « *d'évaluer, 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 (...). Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés.* »
52. Au vu de ce qui précède, tout refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé et/ou les prestataires de service assurant son secrétariat aux bénéficiaires de l'ACS constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux ainsi qu'une violation des principes déontologiques.
53. Delors, il convient de rappeler les termes de l'article L.1110-3 et de l'article R.4127-7 ainsi que R.4127-211 du code de la santé publique aux cabinets mis en cause.
54. En outre, le Défenseur des droits informe les Ordres professionnels (médecins et chirurgiens-dentistes) de ce rappel à la loi.
55. En faisant allusion à la proposition n°3 de son rapport sur les refus des soins, le Défenseur des droits recommande à la Ministre des affaires sociales et de la santé d'organiser une nouvelle campagne d'information en partenariat avec l'Assurance Maladie, les Ordres des professionnels de santé, le Fonds CMU et les associations sur les droits et devoirs des bénéficiaires, pour développer la prise de conscience sur l'illégalité des refus de soin et pour sensibiliser les praticiens et les prestataires sur les dispositifs d'aides médicales en vigueur et l'application du tiers payant partiel ou intégral pour chaque type d'aide.
56. Il recommande à la Ministre des affaires sociales et de la santé de veiller à la publication du décret d'application prévu à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, concernant l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L.1110-3 du code de la santé publique.

Jacques TOUBON