

IV. - L'article L. 162-31-1 du même code est abrogé.

## Article 17

### Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

---

Des travaux récents<sup>1</sup> ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont victimes, principalement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire consultant des professionnels de santé de secteur II.

Plusieurs dispositions encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins mais il est nécessaire d'interdire très clairement la discrimination pour raisons financières ou sociales. C'est l'objet de la 1ère partie de l'article.

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés. Cette mesure permettra, notamment, aux caisses d'assurance maladie de recourir à la procédure du test aléatoire, de façon encadrée et certifiée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), afin d'en faire un moyen supplémentaire de preuve.

Pour sanctionner efficacement les refus de soins, cet article prévoit des pénalités financières plus dissuasives que les sanctions disciplinaires actuelles dont l'application reste très limitée. C'est l'objet de la 2<sup>e</sup> partie de l'article.

Les directeurs de caisse pourront ainsi sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités. En cas de récidive, les sanctions seront en outre renforcées, par le retrait du droit à dépassement (pour les médecins en secteur 2) ou par le retrait de la prise en charge des cotisations sociales (pour les professionnels de santé en secteur 1) pour une durée limitée. Ces sanctions pourront faire l'objet d'une publication afin de montrer que le refus de soins est un acte grave.

D'autres actions seront engagées par ailleurs pour lutter contre la pratique des refus de soins et notamment le recensement par les caisses des 5% de professionnels recevant la plus faible part de bénéficiaires de la CMU-c dans leur patientèle ainsi que la création d'un observatoire régional de l'accès aux soins placé auprès de chaque agence régionales de santé (ARS).

---

<sup>1</sup> V. notamment, J-F Chadelat, « Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », novembre 2006.

Le présent article crée un nouvel article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale reprenant les sanctions prévues en cas de défaut de production d'information préalable au-delà d'un seuil fixé par arrêté.

I. - L'article L. 1110-3 du Code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :  
« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, sa situation de famille, sa situation financière ou sociale, son handicap ou son état de santé, son origine ou son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime présente, à l'autorité ou à la juridiction compétente, notamment au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

« Le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. ».

II. Le titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 162-1-14, après les mots « L'inobservation des règles du présent code », les mots « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » sont supprimés et après les mots « prise en charge indus » les mots « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure » sont supprimés.

2° Il est créé un nouvel article L.162-1-14-1 ainsi rédigé :

« Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé contribuant à restreindre l'accès aux soins de la population :

« 1° en pratiquant une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique,

« 2° en exposant les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure.

« 3° en exposant les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13,

« 4° en ayant omis l'information écrite préalable prévue par l'article L.1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L.162-1-14, pourra consister en :

- une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° :
- une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés au 2°, 3° et 4°.

- en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« Les modalités d'application des dispositions du présent article font l'objet d'un décret en conseil d'Etat, précisant notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions envisagées ».

3° La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

## **Article 18**

### **Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie**

---

Les dispositifs actuels de formation continue des professions médicales et pharmaceutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont le résultat de plusieurs textes législatifs successifs qui nécessitent une simplification.

Le dispositif de formation professionnelle continue (FPC) s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de FMC et d'EPP et nécessite aussi une mise en cohérence avec ces dispositifs.

Le présent projet vise d'une part, dans le souci de mieux garantir la qualité des prises en charge, à recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC afin de garantir notamment la bonne mise en œuvre de son volet évaluatif.

En conséquence, les dispositions proposées visent à conforter l'obligation de formation continue, dorénavant recentrée sur la formation à visée évaluative. Il est précisé que celle-ci vise à engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels validés de bonnes pratiques. Un conseil national unique par profession placé sous l'égide du ministère sera chargé de déterminer les priorités de formation continue, en matière de santé publique, de maîtrise médicalisée des dépenses de santé financées par la collectivité et de formation évaluative. Ces conseils associeront outre des représentants des professionnels concernés, notamment la Haute autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Par ailleurs, l'ensemble des financements de l'Etat, de l'assurance maladie seront regroupés dans un