

Le 30 novembre 2006

RAPPORT POUR MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
LES REFUS DE SOINS AUX BENEFICIAIRES DE LA CMU

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Jean-François CHADELAT
Inspecteur Général des Affaires sociales

Par une lettre du 4 octobre 2006, il m'a été demandé de rencontrer l'ensemble des acteurs du dispositif CMU (professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, associations, etc.) pour rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin aux « refus de soins ».

Ce sujet n'est pas véritablement nouveau : il a été remis particulièrement en lumière à l'occasion de la publication officielle le 21 juin 2006, d'une étude financée par le Fonds CMU. Cette étude a été l'occasion d'un mouvement médiatique de très grande ampleur et de réactions immédiates du gouvernement en direction des ordres professionnels, tant le côté choquant de cette situation a été ressenti.

Le ministre de la santé a souligné le caractère inacceptable de tels refus, contraires à la déontologie. Cette condamnation a été publiquement reprise par l'ensemble des acteurs concernés : ordres et syndicats de professionnels de santé.

Elle est en effet contraire à l'éthique médicale, au serment d'Hippocrate, et plus généralement à l'ensemble des valeurs que doivent porter les professionnels de santé.

La lettre demandait que le rapport dont j'étais chargé, comporte des propositions opérationnelles de mise en œuvre rapide et des modalités de suivi dans le temps des améliorations constatées.

Le présent rapport reprend cette problématique.

INTRODUCTION

Il est nécessaire pour comprendre l'existence de ce que l'on dénomme de façon simplifiée les « refus de soins » de se reporter à la création du dispositif de la CMU par la loi du 27 juillet 1999.

Depuis près de trente ans, avec les lois de généralisation de la sécurité sociale de 1975 et 1978, les gouvernements successifs ont tous cherché à faire bénéficier de la sécurité sociale les personnes qui n'étaient pas couvertes. Cette volonté s'est retrouvée également dans les propositions présentées par monsieur Alain Juppé le 15 novembre 1995 devant le Parlement. L'idée avancée était alors la création d'une Assurance Maladie Universelle (AMU). Le changement de gouvernement au printemps 1998 ne lui a pas permis de mener à terme ce projet. Madame Martine Aubry, ministre des affaires sociales, reprit l'idée sous une forme un peu différente, et elle la conduisit à son terme avec la loi du 27 juillet 1999 créant la Couverture Maladie Universelle : la CMU.

Les caractéristiques de cette loi peuvent être résumées de façon simplifiée selon le schéma suivant.

Le caractère universel de l'assurance maladie est affirmé par le jeu d'une simple condition de résidence régulière sur le territoire français pendant trois mois, c'est ce qui permet l'attribution de la CMU de base.

La grande novation et la différence entre la CMU et l'AMU, réside dans l'instauration d'une assurance santé complémentaire pour la partie la plus pauvre de la population : la CMU complémentaire (CMU-C).

Les complémentaires santé s'étaient progressivement généralisées dans la population française, mais il restait environ 10 % des assurés qui n'en disposaient pas, essentiellement pour des raisons financières. L'idée novatrice de la loi CMU a donc été d'offrir au décile le plus pauvre de la population une assurance complémentaire santé gratuite. Ainsi cette population se trouvait-elle traitée de la même manière que les autres assurés sociaux.

Cette volonté d'égalité de traitement, affirmée par le législateur, se retrouve dans d'autres dispositions du texte de loi dont le fondement revient à considérer ceux qui se trouvent en dessous du plafond de ressources de la même façon que les autres. Ce plafond correspondant au seuil de pauvreté tel que défini par l'INSEE, le principe est donc que les pauvres ne soient pas distingués des autres assurés sociaux.

Parmi les conséquences directes de ce postulat de base, figure le fait que le bénéficiaire de la CMU doit pouvoir avoir accès à toutes les formes de médecine, exactement comme les autres assurés sociaux. En aucun cas, on ne doit le cantonner dans une « médecine de pauvre » : dispensaires, centres de santé, hôpitaux utilisés en premier recours.

Mais comme le fonctionnement du dispositif de santé en France autorise des coûts spécifiques qui sont supportés directement par les patients, il était nécessaire que la loi du 27 juillet 1999 résolve cette difficulté, car elle aurait eu pour conséquence d'empêcher le bénéficiaire de la CMU d'accéder à toutes les formes de soins.

Ainsi le médecin inscrit en secteur II, c'est-à-dire avec le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, est obligé pour le bénéficiaire de la CMU de pratiquer les tarifs de base de la sécurité sociale, sans dépassement. De façon analogue, le dentiste, qui dispose d'une liberté tarifaire en matière de prothèses, se voit contraint par la loi CMU de pratiquer des tarifs prothétiques imposés.

La loi CMU avait donc pour objet même, d'offrir à ses bénéficiaires un accès total à toutes les pratiques médicales sans aucune distinction, mais comme elle concernait une population spécifique se situant dans des situations financières difficiles, il leur est offert la gratuité totale des soins, assortie du tiers payant.

Dès lors, pour parvenir à ce résultat, une certaine contrainte financière peut peser, dans certains cas, sur des professionnels de santé.

CHAPITRE 1 : LES REGLES ACTUELLES

Le fondement même de la loi CMU étant de traiter le bénéficiaire de la CMU comme un assuré social comme les autres et de lui permettre d'avoir accès à toutes les formes de soins sans le renvoyer vers une « médecine de pauvre », le fait qu'un professionnel de santé ne respecte pas ce principe de base est à l'origine de ce que l'on appelle du terme générique « refus de soins ».

Dans le texte de la loi du 27 juillet 1999 ne figure aucune disposition spécifique pour encadrer et réprimer ces pratiques. Ce n'est pas un oubli. Ce n'était tout simplement pas nécessaire, car d'autres dispositions existaient déjà. Ce sont les codes de déontologie des différentes professions de santé. C'est le code de la consommation sur le refus de vente.

Il semble avec le recul du temps et l'application pratique de la loi CMU sur le terrain que : « ce qui va sans dire, va encore mieux en le disant ». Ainsi, même si cela peut faire double emploi avec les codes de déontologie et de la consommation, il paraît nécessaire d'introduire par un article de loi des dispositifs de sanctions, qui pourraient être pécuniaires, à l'encontre des professionnels de santé.

Cela ajoute un outil juridique supplémentaire à ceux déjà existants. L'important est, d'abord et avant tout, de tirer réellement et effectivement des conséquences de situations observables et, d'ores et déjà condamnables, de telle sorte qu'il ne puisse y avoir aucune ambiguïté sur le caractère répréhensible de ce type de comportement.

| |
|--|
| PROPOSITION 1 : Introduire par un article de loi une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins. |
|--|

Section 1 : Le code de déontologie

Il appartient aux ordres professionnels de faire respecter le code de déontologie d'une profession, c'est même, peut être là leur mission principale.

Aux termes de l'alinéa 1^{er} de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à l'article R. 4127-7 du code de la santé publique : « 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 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 ».

Dès la publication de l'étude « refus de soins » par le Fonds CMU, le ministre Xavier Bertrand a écrit (cf. annexe) aux ordres des médecins (21 juin) et des dentistes (23 juin) en indiquant que « les comportements des professionnels de santé qui refusent de recevoir des personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU ne sont pas acceptables (...). Ils me paraissent en contravention avec le code de déontologie ».

Le Conseil national de l'ordre des médecins et l'ordre national des chirurgiens dentistes ont répondu au ministre (cf. annexe).

Les deux réponses présentent des caractéristiques communes.

Les ordres confirment leur condamnation des pratiques de refus de soins. Les ordres indiquent qu'ils ont déjà diffusé dans leurs bulletins respectifs, dès la création de la CMU (et qu'ils ont renouvelé l'opération récemment), des informations claires à destination des ordres départementaux et plus généralement de l'ensemble des professionnels inscrits.

Toutefois, il faut noter que ces deux lettres présentent d'abord la particularité d'être critiques sur la qualité de l'étude publiée, et d'autre part de faire état d'une quasi inexistence de plaintes déposées par les bénéficiaires de la CMU.

La remarque que l'on est obligé de faire est que, s'il n'y a pas d'ambiguïté sur la condamnation du « refus de soins », il semble que la vigueur ne soit pas la caractéristique première de ces appels lancés par les ordres. Ainsi le dernier communiqué du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 16 novembre 2006, s'il réaffirme clairement la condamnation du refus de soins, développe sur plus de la moitié du texte des éléments, sans aucun doute pertinents, qui justifient cette attitude, et qui dès lors sont utilisés par ceux qui considèrent le refus de soins comme compatible avec la déontologie médicale.

Dès lors, la question que l'on doit poser est de savoir si ces rappels à l'ordre sont suffisamment convaincants. L'article publié dans la lettre trimestrielle du conseil de l'ordre des Yvelines (cf. annexe) est à ce point de vue gênant. Emanant d'un groupement quelconque, il pourrait être considéré comme une prise de position comme une autre. Provenant d'un ordre professionnel, fut-il départemental, la situation interpelle et choque. Le docteur Frédéric Prudhomme, président du conseil départemental de l'ordre des médecins des Yvelines, que nous avons reçu le 28 novembre, maintient et justifie sa position. Il nous a indiqué que le Conseil national n'a effectué aucune démarche particulière à son encontre. On peut dès lors s'interroger sur qui est en mesure d'intervenir dans ce genre de situation.

| |
|---|
| PROPOSITION 2 : Mettre en place une politique effective des ordres, formulant des propositions concrètes d'identification rapide des cas de refus de soins, et mettant en œuvre effectivement des sanctions ordinales à l'encontre des professionnels ayant de telles pratiques. |
|---|

Les sanctions disciplinaires encourues par les praticiens en cas de refus de soins sont de deux ordres :

- Les premières sont les sanctions disciplinaires prises sur le fondement du code de la santé publique, elles sont prononcées notamment en cas de violation des obligations déontologiques. Ces sanctions sont prononcées par une chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs.
- Les secondes sont les sanctions prononcées par les sections des assurances sociales (SAS), sur le fondement du code de la sécurité sociale, en cas de faute, fraude, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession. Ces sanctions sont prononcées par une section particulière de la chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs et de représentants des organismes d'assurance maladie.

L'application des sanctions ordinales est actuellement limitée par le faible nombre des saisines déposées. Les possibilités de saisir l'ordre ou la section des assurances sociales sont en effet restreintes. S'agissant plus particulièrement des SAS, seuls les DRASS, les praticiens conseils, les caisses, les syndicats professionnels, les conseils départementaux des ordres intéressés peuvent les saisir.

Le dépôt de plaintes n'est pas pour un bénéficiaire de la CMU un acte simple. Il importe que des signalements puissent être repérés et suivis d'enquête par les ordres départementaux, qui par ailleurs doivent vérifier spontanément auprès de leurs inscrits l'absence ou l'existence de problèmes.

En conséquence, il est proposé d'autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations ayant intérêt à agir dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'accès aux soins, à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des ordres.

En outre, il est proposé de prévoir dans ce même décret que les ordres produiront un rapport trimestriel sur la lutte contre les refus de soins.

PROPOSITION 3 : Autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations ayant intérêt à agir dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'accès aux soins, à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des ordres et décider que les ordres devront présenter un rapport trimestriel sur les refus de soins.

De surcroît, au regard de la difficulté pour les ordres de remplir ce genre de mission, il est nécessaire de concevoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses de sécurité sociale après avis des Commissions des pénalités (créées par la loi d'août 2004) et de compléter en conséquence le rôle de ces commissions.

La différence manifeste de comportement à l'égard des bénéficiaires de la CMU entre les professionnels de secteur I et ceux pouvant pratiquer des dépassements, montre à l'évidence, et cela a été confirmé par les rencontres que nous avons eues, que l'élément financier est prépondérant dans l'explication du refus de soins.

Le fait pour un médecin du secteur II de devoir pratiquer des actes au tarif du secteur I, n'est cependant pas une novation de la loi CMU. Ce type de disposition a existé dans les conventions médicales des années 80, où le médecin de secteur II était tenu de pratiquer un quota d'actes en tarif de secteur I.

PROPOSITION 4 : Prévoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses après avis des commissions des pénalités dont le rôle, fixé par l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale, serait complété.

Section 2 : La délibération de la HALDE

Le 6 novembre 2006, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a rendu trois délibérations identiques, n° 2006 - 232 à 234, suite à sa saisine par le COMEGAS, le CISS et le docteur G-Y. Federmann (cf. annexe). La teneur de ces délibérations fait référence au code la santé publique et au code de déontologie.

Selon l'article 1110-3 du code de la santé publique : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ». L'article R. 4127-7, cité supra, rappelle que le médecin doit soigner toutes les personnes.

Dans ces conditions, le collège de la HALDE, présidé par Louis Schweitzer, constate la discrimination portée à sa connaissance.

La HALDE demande à l'ordre des médecins d'informer les professionnels de santé du caractère discriminatoire du refus de soins et des conséquences en terme disciplinaires. Elle demande par ailleurs aux organismes de sécurité sociale de transmettre aux bénéficiaires de la CMU une information sur leurs droits aux soins, sur le caractère discriminatoire d'un éventuel refus, et sur les modalités de saisine de l'ordre des médecins.

Section 3 : Le code de la consommation

Le comportement du médecin ou du dentiste qui refuse de délivrer des soins à un bénéficiaire de la CMU est assimilable à un refus de vente prohibé par l'article L. 122-1 du code de la consommation. Les sanctions applicables, qui sont prévues à l'article R. 121-13 de ce même code, sont des contraventions de cinquième classe, prescrites dans un délai d'un an.

CHAPITRE 2 : LA MESURE DES REFUS DE SOINS

Section 1 : La méthode du testing

L'étude rendue publique le 21 juin 2006 dans le cadre du conseil de surveillance du Fonds CMU a été sans doute l'élément déclencheur de ce dossier. C'est elle qui est à l'origine de la saisine de la HALDE par trois associations différentes. C'est sans contestation celle qui a connu le retentissement médiatique le plus important.

Cette observation réside sans doute dans la nature du Fonds CMU commanditaire de l'étude. Le Fonds CMU est un établissement public administratif de l'Etat.

Mais l'étude du Fonds CMU n'était pas la première du genre. C'est l'association Médecins du Monde qui, la première, a fait publiquement référence à des refus de soins de la part de professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU.

Médecins du Monde a publié le 25 juin 2003, le rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de sa mission France. Ce rapport décrit une enquête téléphonique anonyme (testing) menée auprès de 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France. Selon ce document, dans 35,3 % des cas, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

Quelques mois plus tard, la DREES (ministère de la santé et des solidarités) a réalisé une enquête auprès de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU en 2003 (Etudes et Résultats n°294 - Mars 2004). Il en ressort que 15 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus souvent cités sont les médecins spécialistes (7 % des personnes interrogées), les dentistes (6 %) et pour une moindre part les médecins généralistes (2 %). Dans 80 % des cas ces personnes ont obtenu un rendez vous auprès d'un autre professionnel. « L'opinion qui prévaut toutefois parmi les bénéficiaires de la CMU est globalement celle d'une égalité de traitement avec les autres assurés sociaux ».

En novembre 2004, l'association Que Choisir effectuait un nouveau testing auprès de 287 spécialistes. La situation apparaissait très contrastée entre les départements. Certains sans aucun refus de soins (Hérault, Lozère, Nord-Pas-de-Calais), d'autres tels Paris ou la région parisienne où les taux de refus s'échelonnaient entre 30 % et 40 %.

Médecins du Monde, Que choisir, la DREES, arrivent aux mêmes constatations : toutes catégories confondues, environ 15 % des professionnels de santé n'acceptaient pas les bénéficiaires de la CMU, du seul fait qu'ils étaient titulaires de la CMU.

Le Fonds CMU ayant été chargé à la fin de l'année 2003 de la rédaction du deuxième rapport d'évaluation de la loi de juillet 1999, les questionnements effectués auprès des ordres, des caisses et des praticiens conseils convergeaient vers une observation diamétralement opposée : les signalements de refus de soins se dénombrèrent en un an sur les doigts d'une seule main.

Il était donc indispensable de tirer au clair cette situation.

Le Fonds CMU lança un appel d'offre en direction d'une quarantaine d'organismes d'études et de recherches. Il reçut 6 réponses, qui toutes visaient à procéder à une étude qualitative du phénomène, le premier appel d'offre fut déclaré infructueux, et un second appel fut lancé en mettant l'accent sur la nécessité de disposer d'une approche quantitative du phénomène.

Des trois réponses reçues, ce fut celle proposée par l'organisme « DIES » qui fut retenue.

Ce qu'il faut retenir de l'étude comporte les éléments suivants :

- l'étude ne prétend pas être représentative de ce qui se passe sur l'ensemble du territoire français, ceci figure explicitement dans le corps du texte ;
- les résultats de l'étude recourent ceux des études antérieures de Médecins du Monde, Que Choisir, et de la DREES ;
- l'analyse quantitative repose sur les mesures statistiques classiques et sur les bases de la théorie des tests permettant d'affirmer que deux populations sont significativement, au sens mathématique du terme, différentes.

Il n'existe pas dans le domaine des statistiques mathématiques d'outil de mesure qui ne soit exempt de forme de biais. Toute méthode comprend des biais, celle là en comporte, mais elle permet d'affirmer que il y a bien eu refus de soins de la part de professionnels de santé.

La méthode du testing téléphonique consiste à demander un rendez vous à un professionnel de santé en indiquant, mais pas forcément dès le début de l'entretien, être bénéficiaire de la CMU. Si ce rendez vous n'est pas accordé ou qu'il est différé sans référence à la CMU, un deuxième appel permet de vérifier que le refus est directement lié à l'existence de la CMU.

Le biais peut résider dans le fait que, dans la réalité, le professionnel de santé peut ne constater l'existence de la CMU qu'à la fin de la consultation.

Un autre intérêt de l'étude réside dans l'analyse des raisons qui conduisent un professionnel de santé à faire explicitement du refus de soins dans le cas de la CMU. Même si une telle analyse n'est pas significative au sens statistique du terme, elle apporte certains éclairages sur les causes, et par voie de conséquence sur les remèdes possibles.

L'écart important existant entre les professionnels pouvant pratiquer des dépassements et les autres montre que l'aspect financier est, qu'on le veuille ou non, l'élément prépondérant.

Cette vision n'est pas le seul facteur. Deux autres types de réactions traduisent une méconnaissance de la loi.

Le professionnel de santé accepte la CMU « par défaut ». Il ne demandera même pas la carte Vitale à l'issue de la consultation, il fera un acte gratuit, considérant avoir ainsi fait une bonne action charitable.

Le professionnel de santé éconduit la CMU en indiquant que ce type de population ne relève pas de la médecine de ville, mais de dispensaires et autres centres de santé.

Ces attitudes montrent, alors que la CMU s'apprête à célébrer son septième anniversaire, qu'il paraît nécessaire voire indispensable de faire un rappel de la loi, de sa logique de son fondement.

Section 2 : Le bénéficiaire de la CMU ne signale pas les refus de soins

La question que l'on doit alors se poser est de chercher à comprendre pourquoi la mesure par le testing fait apparaître des résultats totalement différents de ce que les ordres, les caisses ou les praticiens conseils ont eu connaissance. L'explication réside dans le schéma de situation suivant, partant de la situation la plus favorable pour aller à celle la moins favorable :

- 1 - le professionnel accepte le rendez vous du bénéficiaire de la CMU ;
- 2 - le professionnel de santé indique qu'il n'accepte pas, mais dirige le bénéficiaire de la CMU vers un de ses confrères qui accepte cette catégorie de patients ;
- 3 - le professionnel de santé dirige le bénéficiaire de la CMU vers des centres de santé (sécurité sociale, des structures mutualistes, etc.) ;
- 4 - le bénéficiaire de la CMU se retourne en direction de l'organisme qui lui a octroyé la CMU, généralement la CPAM, et c'est l'agent d'accueil de la CPAM qui lui indique que pour être soigné il doit se tourner vers les centres de santé.

Comme la première motivation du bénéficiaire de la CMU est d'abord et avant tout d'être soigné, les choses en restent là. Mais il est clair que cette situation n'est pas satisfaisante car elle est en contradiction avec l'esprit même de la loi qui veut qu'un bénéficiaire de la CMU puisse avoir accès à tout le dispositif de soins et non d'être confiné dans des structures spécifiques, qui sans que cela soit péjoratif, peut s'apparenter à une forme de médecine du pauvre.

Le Fonds CMU bien avant de lancer son étude par testing, a cherché à mesurer l'ampleur du phénomène de refus de soins. Ceci a donné lieu à la diffusion par la CNAMTS de la circulaire 61-2005 du 13 juin 2005. Cette circulaire (cf. annexe) apporte des précisions, par rapport à un premier document diffusé dès la mise en place de la CMU (Circ. 5/2001), concernant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels de santé ou des distributeurs de dispositifs médicaux qui refuseraient de respecter leurs obligations à l'égard des bénéficiaires de la CMU.

Cette circulaire indique surtout que les plaintes et les signalements doivent faire l'objet d'un suivi. Les résultats furent très décevants. Sur les trois premiers mois de l'enquête, 119 caisses ont dénombré 185 signalements, dont 69 caisses avec zéro signalement. A l'inverse la CPAM de Caen a fait remonter à elle seule 38 signalements.

Même en tenant compte de ce que la pratique du refus de soins est sans doute très variable d'une caisse à l'autre, on ne peut que penser que la mobilisation des caisses a été très inégale. Il serait donc très souhaitable que ce type de processus soit relancé, mais avec la condition préalable que la Caisse nationale en fasse un véritable enjeu et mobilise effectivement son réseau.

| |
|--|
| PROPOSITION 5 : Mobiliser la CNAMTS et les CPAM dans la recherche et le signalement des refus de soins. |
|--|

La méthode du testing est globalement un bon indicateur, elle peut être renouvelée à intervalles réguliers et faire apparaître si l'on observe ou non une amélioration.

Quelques soient les outils de mesure utilisés, il est nécessaire de mener les enquêtes sur cinq catégories de professionnels de santé :

- les généralistes du secteur I ;
- les généralistes du secteur II ;
- les spécialistes du secteur I ;
- les spécialistes du secteur II ;
- les dentistes.

En ce qui concerne les autres catégories de professionnels de santé, en fonction des éléments recueillis, le problème ne se poserait soit pratiquement pas, soit pas du tout.

La rencontre que nous avons eu avec Jean Parrot, président de l'ordre des pharmaciens, indique que le pharmacien n'est amené à constater une difficulté que si le médecin a effectué un acte gratuit, dans le cas d'une feuille de soins papier et qu'enfin le bénéficiaire de la CMU n'a pas de carte Vitale.

PROPOSITION 6 : Renouveler le testing, sur une base plus large, incluant les différentes zones territoriales.

Section 3 : Méthode statistique

Une deuxième méthode de mesure peut être obtenue à partir des données fournies par l'assurance maladie.

Il est en effet possible de déterminer pour chaque professionnel de santé, le pourcentage de bénéficiaire de la CMU dans sa patientèle. On peut indiquer ainsi, à partir d'un taux moyen départemental, les professionnels de santé qui ont un taux de bénéficiaires de la CMU significativement, au sens statistique de ce terme, inférieur à la situation moyenne.

Bien sur cette méthode comporte également un biais : il se peut qu'il y ait des raisons objectives pour qu'un professionnel de santé soit dans cette situation par exemple parce qu'il se trouve dans un bassin de population où il n'y a très peu de bénéficiaires de la CMU.

En tout état de cause il faut étudier la population des professionnels de santé qui ont un taux de bénéficiaires de la CMU dans leur patientèle, anormalement bas au sens statistique du terme.

Par exemple si dans un département il y a un taux de t % de bénéficiaires de la CMU dans la population, dès lors que le nombre de professionnel de santé dans le département est suffisant, on peut considérer que leur distribution suit une loi normale et au seuil de 5 % interroger tous les professionnels dont le taux est inférieur à t % - 1,95 écart type.

Ayant identifié les professionnels concernés, il entre assez logiquement dans la mission des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) d'informer, comme ils le font par exemple sur des prescriptions, ces professionnels pour les sensibiliser à cette question. Les DAM ont de l'avis général été bien perçus par les professionnels, alors que, de par la nature de leur mission c'était

loin d'être une évidence. Il n'y a pas de raison pour que le sujet du taux de bénéficiaires de la CMU soit plus mal ressenti que le taux des ordonnanciers bizona.

Il est plus logique de faire intervenir les DAM que les praticiens conseils. Ce n'est que si le DAM est confronté à une situation de blocage qu'il faut faire intervenir les praticiens conseils.

En annexe 4 figurent :

- d'une part la répartition par décile des professionnels de santé : on voit par exemple que sur 59 460 omnipraticiens, il y en a 171 qui ont aucun bénéficiaire de la CMU dans leur clientèle en 2005, et que sur 35 596 dentistes, ils sont 340 dans ce cas ;
- d'autre part, une série de cinq tableaux reportant l'ensemble des 90 départements de métropole selon le ratio : CMU dans la clientèle / CMU dans la population. Ainsi les points reportés pour les omnipraticiens, qui se situent tous au dessus de la première bissectrice, montrent que cette catégorie de professionnels de santé n'est pas dans un cadre de refus de soins mesuré statistiquement. La situation des gynécologues est manifestement inverse. Sur tous les graphiques le département 75, la ville de Paris pose problème, en ce sens qu'elle est significativement, à la fois en dessous de la droite, et aussi très distincte des autres départements.

L'analyse statistique en coupe instantanée permet de mesurer, par la valeur de l'écart type, la présomption de refus de soins. Elle permet de diligenter l'action des DAM. D'un autre point de vue la mesure dans le temps de la loi de distribution des bénéficiaires de la CMU dans la clientèle peut montrer que les écarts se résorbent ou bien qu'à l'inverse ils s'accroissent.

PROPOSITION 7 : Mettre en place un suivi par l'assurance maladie de la distribution statistique des 5 % de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU. Utilisation de ce suivi pour diligenter une action des DAM. Mesure dans le temps d'une amélioration en calculant la valeur de l'écart type de la loi de distribution.

CHAPITRE 3 : LA CMU DANS LE PARCOURS DE SOINS : LE CAS DES MEDECINS

Section 1 : Le bénéficiaire de la CMU et le parcours de soins

La loi du 13 août 2004 présente de nombreux aspects importants et novateurs, couplée avec la convention médicale de janvier 2005 qui en est le prolongement logique et fidèle. Elle peut et doit impacter la situation des bénéficiaires de la CMU.

La création du médecin traitant et du parcours de soins a, en partie, comme objet de lutter contre les abus, les fraudes, ou le nomadisme médical. La logique de ce dispositif nouveau et original est en premier lieu un souci de santé publique. Or plus que pour les autres parties de la population, le premier décile, celui des personnes se situant en dessous du seuil de pauvreté, nécessite une réponse forte en terme de santé publique. La prévention, le suivi médical est là plus qu'ailleurs indispensable, il faut donc que le bénéficiaire de la CMU s'inscrive totalement dans cette démarche.

Un décret d'application de la LFSS pour 2006 prévoyait de leur appliquer, comme aux autres assurés sociaux un ticket modérateur majoré de 10 points. Ce texte n'est pas publié à ce jour. Il n'est sans doute pas la réponse appropriée à ce type de problème. Plus que n'importe quel autre assuré social, le bénéficiaire de la CMU doit s'intégrer totalement dans le parcours de soins. Il le fera plus dans le cadre d'une éducation à la santé qu'en cherchant à le « frapper au porte monnaie ».

Le médecin traitant et le parcours de soins peuvent avoir pour le bénéficiaire de la CMU un effet positif dans l'accès aux soins. Si celui-ci déclare un médecin traitant (ils n'étaient cependant que 63 % à l'avoir fait au 1^{er} juillet 2006), cela veut bien dire que ce médecin l'accepte, et donc qu'il n'a pas pratiqué à son égard un « refus de soins ». Dès lors qu'il a un médecin traitant, celui-ci peut l'adresser à un médecin spécialiste, et par construction, on peut penser qu'il ne l'adressera pas à un professionnel de santé qui le refuserait.

Le véritable problème se pose dans le cas d'un bénéficiaire de la CMU qui n'a pas déclaré de médecin traitant. Dans ce cas de figure, le principe général de la gratuité totale, en tiers payant, qui est le fondement même de la loi CMU se trouve battu en brèche.

Une difficulté a été signalée par des professionnels de santé. Lorsqu'ils pensent avoir à faire à un patient ayant déclaré un médecin traitant, ils inscrivent les majorations de coordination sur les feuilles de soins (électroniques ou pas). La caisse, si elle constate qu'aucun médecin traitant n'a été désigné, ne paye pas cette majoration de 3 € qui n'est pas due (car pas de coordination). Le tiers payant a pour conséquence que le médecin, qui pensait être rémunéré de cette majoration, ne l'est finalement pas. Il faut noter que la nouvelle carte Vitale permettra la vérification de l'inscription auprès d'un médecin traitant.

Dans ce cas, le médecin aurait pu demander le dépassement (pouvant aller jusqu'à de 8 €) pour non respect du parcours de soins. Cette somme, non prise en charge par la CMU, doit être théoriquement demandée en paiement direct à un bénéficiaire de la CMU se situant hors parcours de soins, par un médecin spécialiste de secteur I ou de secteur II, sachant que le

spécialiste de secteur II ne peut pas demander un honoraire libre supplémentaire dans le cadre de la CMU.

La complexité est déjà telle, qu'elle amène à formuler à nouveau de sérieuses réserves quant à la mise en œuvre d'une disposition envisagée : si le décret d'application de la LFSS 2006, majorant le ticket modérateur de la CMU hors parcours de soins, était publié, il appartiendrait au médecin de demander directement ces 10 %, ou de constater a posteriori qu'ils ne lui ont pas été payés par les caisses de sécurité sociale.

Section 2 : La déclaration de médecin traitant

Il est donc impératif que le bénéficiaire de la CMU, encore plus que les autres assurés sociaux, déclare son médecin traitant à sa caisse de sécurité sociale. Le taux de déclaration ne semble pas faire l'objet de la part de la CNAMTS d'une attention particulière, il est pourtant plus important que pour les autres assurés sociaux, or il semble que son niveau soit plus de 15 points inférieur. La CNAMTS a diffusé aux CPAM une lettre réseau pour attirer leur attention. En règle générale les agents des caisses évoquent ce problème à l'occasion des renouvellements des droits, il semble que quelque caisses aient eu l'heureuse initiative d'adresser un courrier personnalisé aux bénéficiaires de la CMU n'ayant pas déclaré de médecin traitant, il serait hautement souhaitable que ce genre d'initiative soit généralisée.

Il n'est pas envisageable de chercher une mesure coercitive vis-à-vis de ce type de population, il est par contre nécessaire que les caisses soient très incitatives. Ne serait-ce que dans le simple souci de prévention à l'égard de la partie de la population qui en a sans doute le plus besoin.

| |
|---|
| PROPOSITION 8 : Développer une politique active des caisses pour suivre les déclarations de médecin traitant à chaque ouverture de droit ou de renouvellement CMU. |
|---|

Section 3 : L'enjeu de la carte Vitale

Tous les interlocuteurs que nous avons rencontrés ont été d'accord pour dire qu'ils n'avaient pas à signaler de problèmes particuliers dans leurs relations administratives avec les caisses. Il est certain que la généralisation des cartes Vitale et de la télétransmission a été un facteur de simplification considérable. Dans le cas du bénéficiaire de la CMU qui n'a à présenter aucun argent dans le cabinet du médecin, tout est fait par la caisse d'assurance maladie, qui règle le professionnel dans des délais très brefs.

Si la carte Vitale n'est pas à jour, la généralisation dans les pharmacies des bornes de mise à jour permet de résoudre le problème, ou même de détecter une personne dont les droits sont éteints. Un titulaire de la CMU, comme tout assuré, se rend régulièrement dans les pharmacies, permettant ainsi cette mise à jour.

Le problème peut se poser lorsque l'on est en présence d'un bénéficiaire de la CMU qui n'a pas de carte Vitale. Dans ce cas le médecin va devoir affronter des difficultés administratives qui peuvent faire reculer même ceux qui sont les mieux disposés. Cette situation n'est pas nouvelle, elle a donné lieu à une interpellation par « Médecins du Monde » lors d'un conseil

de surveillance du Fonds CMU de décembre 2004. Son président, le député Jean-Marie Rolland a écrit à son homologue, Pierre Morange, président du conseil de surveillance de la CNAMTS, pour lui demander de veiller à ce que les délais de délivrance des cartes Vitale soit sensiblement raccourcis, et qu'une attention toute particulière soit portée aux quelques 10 % de cartes dont la remise au destinataire dépasse trois mois. Il a été répondu que le délai de délivrance des cartes Vitale figurerait en bonne place parmi les indicateurs de la COG.

PROPOSITION 9 : Réduire le délai de production des cartes Vitale de telle sorte qu'aucune carte Vitale ne soit délivrée dans un délai supérieur à 15 jours à un bénéficiaire de la CMU. La CNAMTS fournira régulièrement un indicateur mesurant ce délai.

Section 4 : Sensibiliser les médecins

En dehors des résultats quantitatifs, les études menées sur le sujet des refus de soins ont par le biais de quelques interviews de professionnels de santé fait apparaître des éléments explicatifs présentant un certain intérêt.

Au premier rang, toutes les études s'accordent pour dire que la loi CMU n'est que très peu, voire pas du tout connue. Il est d'ailleurs assez triste de constater que cette méconnaissance existe aussi chez les bénéficiaires de la CMU eux-mêmes, voire même chez les travailleurs sociaux. Il paraît évident qu'une « piqûre de rappel générale » s'impose alors que on arrive au 7^{ème} anniversaire de son entrée en vigueur.

S'agissant des professionnels de santé, beaucoup assimilent la loi CMU à une action charitable, alors que c'est exactement l'inverse de la volonté du législateur.

Il faut diffuser de l'information aux professionnels de santé. Les vecteurs possibles sont les Délégués de l'assurance maladie (cf. supra), les Commissions paritaires locales. Plusieurs CPAM questionnées sur ce qu'elles avaient mis en œuvre pour remédier au problème des refus de soins ont indiqué avoir utilisé ce support de la vie conventionnelle qu'est la CPL.

PROPOSITION 10 : Remettre à chaque professionnel de santé une fiche synthétique lui rappelant les principes et les finalités de la CMU. Une remise personnalisée lors d'une rencontre avec un DAM serait la méthode à suivre. Utiliser les CPL pour suivre au plan local les éléments d'information sur les refus de soins et pour relayer les messages en direction des médecins.

CHAPITRE 4 : LE CAS PARTICULIER DES DENTISTES

Section 1 : C'est là que la loi CMU a le plus mal débuté

Cette catégorie de professionnels de santé a été celle qui, dès l'origine, a eu une attitude spécifique vis-à-vis de la loi CMU et de ses bénéficiaires.

Les actes effectués par un dentiste peuvent être schématiquement décomposés en deux catégories. D'une part les soins qui sont pris en charge par la sécurité sociale sur la base de tarifs et de nomenclatures parfaitement définis. Dans ce cas le dentiste se trouve vis-à-vis du bénéficiaire de la CMU exactement comme un généraliste du secteur I. Le dentiste sera payé par la caisse de sécurité sociale, rapidement et intégralement grâce à la télétransmission. Dans tous les cas cette opération est totalement transparente pour le dentiste. Tous ceux que j'ai été amené à rencontrer dans le cadre de la préparation de ce rapport sont unanimes pour affirmer qu'il n'y a aucun problème avec les caisses de sécurité sociale.

La deuxième grande catégorie d'actes effectués par les dentistes est constituée par les prothèses. En fait la loi CMU est venue interférer dans un domaine conflictuel depuis des décennies entre la profession dentaire d'une part, la sécurité sociale et les pouvoirs publics d'autre part. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales rédigé par Michel YAHIEL résume bien la situation : les tarifs des soins ayant stagné pendant très longtemps, les chirurgiens dentistes ont rétabli l'équilibre financier de leur cabinet sur les tarifs des prothèses qui étaient libres.

Cette situation dont le statu quo semblait satisfaire les différents acteurs a posé un grave problème avec la loi CMU, puisqu'elle était totalement incompatible avec le fondement même de la loi, c'est-à-dire la gratuité totale pour le patient. Il était dès lors nécessaire pour que la CMU puisse entrer en vigueur, de fixer la valeur d'un certain nombre d'actes prothétiques. C'est ce qui fut fait par des arrêtés du 31 décembre 1999 précisés par une circulaire de la direction de la sécurité sociale du 25 avril 2000, fixant la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge notamment en matière de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Pour le ministère, ces textes ont été pris après l'échec des négociations conventionnelles avec la profession. Selon les syndicats dentaires, ces textes ont été « imposés sans aucune concertation ».

Les textes initiaux prévoyaient un plafonnement fixé à 2 600 F par bénéficiaire par période de deux ans, ils prévoyaient d'autre part un dépassement possible de ce plafond en cas d'« impérieuse nécessité médicale ». Les interventions des syndicats dentaires qui ont formé, contre ces textes, un recours devant le Conseil d'Etat, ont conduit à leur modification substantielle. Dans un arrêté du 10 avril 2002, ces deux points furent supprimés : il n'existe donc plus de plafond relatif aux soins dentaires.

Il n'entre pas dans le champ du présent rapport de chercher à déterminer qui avait tort et qui avait raison dans les discussions de décembre 1999. On doit cependant constater que si la situation des bénéficiaires de la CMU face aux soins dentaires avait été véritablement simple, l'arrêté du 10 avril 2002 n'aurait pas eu de raison d'être.

Les deux premières années de la CMU dans le domaine du dentaire furent spécifiquement chaotiques, comme le relève le premier rapport d'évaluation de la loi CMU rédigé en janvier 2002 par Monsieur CARCENAC, inspecteur général des affaires sociales. Dans ce contexte le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes a créé, dès la publication de la loi un « observatoire de l'application de la CMU ». L'ordre indique que pendant les dix huit premiers mois il a été saisi de nombreux courriers.

Section 2 : Le problème des tarifs des prothèses CMU

En juin 2003 l'association « Médecins du Monde » a rendu public le résultat d'un testing aléatoire et anonyme auprès de 230 dentistes répartis dans 11 villes de France. Le taux de refus de soins directement lié à la CMU est ressorti à 35 %.

J'ai contacté personnellement les deux principaux syndicats dentaires à l'automne 2003 dans le cadre de la préparation du deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU, leur réponse est concordante.

La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) déclarait en novembre 2003 que les problèmes économiques posés au départ par la loi demeurent et se sont aggravés, malgré l'arrêté du 10 avril 2002. Elle indiquait que : « aucune révision tarifaire n'est intervenue depuis l'arrêté du 31 décembre 1999 fixant des tarifs calculés sur les honoraires consentis en 1995 par convention avec certains conseils généraux ».

Les arguments développés par l'Union des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD) sont de même nature. L'UJCD rappelle son adhésion à l'objectif premier de la loi CMU : favoriser l'accès aux soins. Elle relève les efforts que la profession a consentis pour mettre en œuvre ces principes. Elle critique « la décision autoritaire de la puissance politique qui fait peser sur les praticiens une partie significative du coût de la prise en charge, allant parfois jusqu'à imposer de soigner à perte ».

Section 3 : La motion de la CNSD

Ainsi la CMU s'est trouvée prise en otage d'un dossier en suspens depuis plusieurs décennies, celui de la prise en charge des soins dentaires dans le système de protection social français.

La convention dentaire venant à échéance à l'automne 2005, certains voulurent se positionner face à cette échéance. C'est ainsi que survint l'incident particulièrement malencontreux, pour utiliser un euphémisme, du 18 décembre 2004. Ce jour là s'est tenue l'assemblée générale de la CNSD, premier syndicat dentaire en nombre d'adhérents. Cette assemblée a adopté une « motion CMU » par laquelle, dans le but de faire avancer ses revendications, elle diffusait le mot d'ordre suivant : « Report immédiat de la réalisation des actes prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de la CMU, dans un premier temps. Limitation de notre participation au dispositif CMU pour les seuls soins d'urgence dans un deuxième temps. »

La réaction de condamnation unanime fut immédiate. Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a écrit au président de la CNSD pour lui demander de retirer cet appel, son secrétaire d'état Xavier Bertrand a jugé « ces propos inacceptables et qu'en aucun cas il ne

tolérerait une telle dérive ». Le directeur de l'UNCAM a considéré qu'il était scandaleux de prendre en otages les plus démunis. L'UJCD s'est désolidarisée de ce mouvement en le considérant « médicalement intolérable ».

Face à ce tollé la motion fut retirée.

Section 4 : La nouvelle convention dentaire de mai 2006

Le deuxième semestre 2005 et le début de l'année 2006 furent consacrés à la négociation de la convention dentaire qui donna lieu à un protocole d'accord le 16 mars 2006 entre l'UNCAM, la CNSD et l'UJCD. La convention fut signée le 11 mai 2006 et approuvée par un arrêté du 14 juin 2006. Un autre arrêté du 30 mai 2006, qui résulte directement de la négociation conventionnelle revalorise de 30 % les tarifs des prothèses applicables dans le cas de la CMU. Ceci figure au point 2-2 de la convention. Ce point indique également : « Les signataires de la présente convention souhaitent accompagner les bénéficiaires de la CMU-C comme l'ensemble des assurés afin qu'ils appréhendent pleinement leurs droits et obligations. Un groupe de travail est créé à cet effet. »

Il faut noter que la première réunion de ce groupe de travail s'est tenue le jeudi 16 novembre 2006. En annexe au présent rapport figure le compte rendu de cette réunion, ainsi que la lettre officielle de propositions de la CNSD pour améliorer l'insertion des bénéficiaires de la CMU dans le système de soins.

Aux dires des syndicats dentaires, la nouvelle convention présente tous les atouts pour résorber l'attitude négative des chirurgiens dentistes à l'égard des bénéficiaires de la CMU.

D'abord la convention revalorise sensiblement les soins. Négliger les soins pour ne faire que de la prothèse devient moins intéressant. Or le bénéficiaire de la CMU ne présente dans ce domaine aucune différence avec un autre assuré social. En second lieu la revalorisation très conséquente (+ 30 %) de l'arrêté si décrié du 31 décembre 1999, place le tarif des prothèses CMU à un niveau tel que l'argument financier doit être considéré comme devenu très peu opérant ; ce d'autant plus que la nouveauté de la convention qui sort les prothèses du calcul de la prise en charge des cotisations sociales des dentistes ne concerne pas les prothèses CMU.

Globalement, dans ce nouveau contexte, aux dires des représentants de la profession dentaire que nous avons rencontrés, il n'y a pratiquement plus de sujet de difficultés entre un dentiste et un bénéficiaire de la CMU en dehors de deux points.

Le premier qui nous a été mentionné est l'exemple suivant, repris par tous nos interlocuteurs : le cas du bénéficiaire de la CMU venant se faire poser une prothèse, opération qui nécessite 4 ou 5 séances, et qui disparaît avant la fin, avec pour conséquence de laisser à la charge du dentiste la facture de prothèse à payer au prothésiste.

Ce cas n'étant, à mon avis, pas très fréquent, et relevant plus de l'imagerie classique de la CMU, on pourrait concevoir un mécanisme de signalement par le dentiste à la caisse. Cette dernière après vérification pourrait prendre en charge la facture du prothésiste.

La deuxième question est celle du panier de soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU. Cette question constitue depuis l'origine un sujet conflictuel permanent. Plusieurs

représentants des chirurgiens dentistes ont indiqué que ce panier méritait d'être revisité, en particulier sur la question de la parodontologie non prise en charge aujourd'hui. Le groupe de travail conventionnel pourrait également faire des propositions sur cette question.

| |
|--|
| <p>PROPOSITION 11 : Veiller à la tenue régulière des réunions du groupe de travail CMU prévu par la convention dentaire, et tirer directement les conséquences des propositions que ce groupe sera amené à faire.</p> |
|--|

On a vu plus haut qu'il est manifestement nécessaire de faire un rappel en direction des médecins qui ont, en très grande partie, oublié les principes de la loi d'origine. C'est bien évidemment, également vrai, pour les chirurgiens dentistes. Des délégués de l'assurance maladie les rencontrent. A partir des profils statistiques tels que définis plus haut, il serait souhaitable que ces DAM fassent de la pédagogie sur cette population de professionnels de santé. On peut parfaitement mettre au point une fiche qui tiendrait en une seule page et qui rappellerait au dentiste les grands principes de la loi CMU à respecter.

La question des sanctions financières évoquées supra est également applicable aux chirurgiens dentistes.

Chapitre 5 : LA SENSIBILISATION DES BENEFICIAIRES DE LA CMU

Que se soit au travers des études qualitatives, ou bien lors de nos entretiens en vue de la rédaction du présent rapport, les professionnels de santé, peut être pour se donner moins mauvaise conscience face à un refus de soins, formulent un certain nombre d'accusations à l'encontre des bénéficiaires de la CMU.

Mais, questionnés sur ce sujet, ils reconnaissent que sur 4,8 millions de personnes relevant de la CMU, toutes causes confondues, leurs griefs ne sauraient viser qu'au maximum 10 % des personnes concernées. Même si cela constitue un effectif conséquent, cela doit conduire à relativiser l'ampleur de tous les phénomènes décrits.

L'accusation la plus classique est celle du bénéficiaire de la CMU qui fait apparaître un train de vie incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMU. Il serait aussi inexact de dire que ce genre de situation n'existe pas, que d'affirmer qu'il constitue une généralité. La LFSS 2006 a introduit une disposition sur la prise en compte des ressources perçues à l'étranger. La LFSS 2007, vise à prendre en considération les éléments du train de vie. La réponse apportée par le gouvernement doit permettre de clore ce genre de dossier.

Un autre groupe de reproches formulé par certains professionnels de santé réside dans des comportements spécifiques de la part des bénéficiaires de la CMU : retards, rendez vous manqués et non annulés, traitements non suivis ou interrompus. Derrière ces critiques figure le caractère gratuit et donc, selon certains, déresponsabilisant de la CMU. Il est malheureusement impossible de dire si cette forme d'incivilité face aux soins affecte davantage les bénéficiaires de la CMU que les autres assurés sociaux.

L'action en direction des professionnels de santé a certainement un parallèle pour les bénéficiaires de la CMU.

On peut mettre au point une fiche simple et courte leur indiquant leurs droits et leurs devoirs, qui leur serait remise à l'ouverture du droit, à son renouvellement, et en même temps que la délivrance de leur carte Vitale.

Cette fiche exposerait le droit à la gratuité des soins, à la dispense d'avance des frais, à l'interdiction du refus de soins avec un téléphone vert à contacter, etc. Parallèlement seraient rappelés les devoirs de ne pas se considérer comme prioritaire, de suivre les traitements jusqu'au bout, de respecter les rendez vous, le parcours de soins, etc.

| |
|--|
| <p>PROPOSITION 12 : Remettre à tous les bénéficiaires de la CMU une fiche simple et courte lui indiquant ses droits et la manière de les faire respecter, mais lui indiquant également ses devoirs.</p> |
|--|

* * *

De l'ensemble des faits que nous avons pu constater ou qui nous ont été rapportés, il ressort que, face au problème des refus de soins, il faut prendre en compte sa dimension qui est réelle. Le problème existe, ce n'est pas parce que le bénéficiaire de la CMU ne porte pas plainte que l'on doit l'ignorer.

Il y a à l'évidence besoin de faire un rappel sur la loi CMU. Pourquoi elle a été créée, pourquoi elle constitue d'un aveu unanime un très grand progrès social, pourquoi elle ne doit pas être assimilée à une disposition charitable, pourquoi la loi induit pour les professionnels de santé comme pour les bénéficiaires de la CMU un ensemble de droits et de devoirs, que chacun doit respecter et faire respecter.

Le discours concernant les refus de soins à la CMU ne peut pas se permettre d'être timide. On peut constater que de simples rappels trop généraux n'ont pratiquement aucun effet. On ne peut que, légitimement, s'interroger sur l'effectivité de l'action réelle des ordres à ce niveau.

Le dossier des refus de soins ne peut être ponctuel. Si il ne bénéficie pas d'un suivi régulier, on court le risque de retomber dans les errements antérieurs.

On pourrait confier à l'Observatoire national de la pauvreté et de la lutte contre l'exclusion (ONPES) la remise d'un rapport, annuel ou tous les deux ans, sur le suivi des refus de soins. Ce rapport, de même que le testing, serait préparé avec la collaboration du Fonds CMU, de la CNAMTS, des directions d'administrations centrales. Il comporterait obligatoirement l'avis écrit des ordres et des syndicats de professionnels de santé.

| |
|--|
| <p>PROPOSITION 13 : Tenir une conférence pour annoncer ces mesures et faire un rappel général sur la loi CMU.</p> |
|--|

ANNEXES

- 1 – Lettre de mission
- 2 – Liste des personnes et organismes rencontrés
- 3 – Echange de correspondances ordres / Ministre
- 4 – Tableau et graphiques statistiques sur la dispersion de la CMU chez les professionnels de santé
- 5 – Circulaire CNAMTS du 13 juin 2005, signalement de refus de soins par les CPAM, et rappel du 20 mars 2006
- 6 – Lettre Réseau CNAMTS de relance à l'adhésion du dispositif médecin traitant
- 7 – Pourcentage de bénéficiaires de la CMU ayant fait le choix d'un médecin traitant
- 8 – Bulletin du Conseil Départemental de l'ordre des Médecins des Yvelines
- 9 – Délibération de la HALDE du 6 novembre 2006 et courriers qui en ont suivi
- 10 – Compte rendu du groupe de travail CMU prévu par la convention dentaire et lettre de propositions de la CNSD

ANNEXE 1

Lettre de mission

ANNEXE 2

Liste des personnes et organismes rencontrés

CNAMTS : Jean-Marc AUBERT
Dominique POLTON

CNOCD : Pierre-Yves MAHE (président) et ses collaborateurs

CNOM : Patrick BOUET (secrétaire général adjoint)
Gérard ZEIGER (vice président, responsable de la communication)

CNSD : Jean-Claude MICHEL (président) et ses collaborateurs

UMESPE : Jean-François REY (président)

Médecins du Monde : Françoise JEANSON
Nathalie SIMONNOT

CDOM Yvelines : Frédéric PRUDHOMME (président)

UJCD : Jean Marc PREYNAT (président) et ses collaborateurs

DSS : Dominique LIBAULT
Pascale ROMENTEAU

ANNEXE 3

Echange de correspondance ordres / Ministre

ANNEXE 4

Tableaux et Graphiques statistiques sur la dispersion de la CMU chez les professionnels de santé

ANNEXE 5

Circulaire CNAMTS du 13 juin 2005, signalement de refus de soins par les CPAM et circulaire de rappel du 20 mars 2006

ANNEXE 6

Traitant Lettre Réseau CNAMTS de relance à l'adhésion du dispositif : Médecin

ANNEXE 7

Pourcentage de bénéficiaires de la CMU ayant fait le choix d'un Médecin Traitant

ANNEXE 8

Bulletin du Conseil départemental de l'ordre des médecins des Yvelines

ANNEXE 9

Délibération de la HALDE du 6 novembre 2006

ANNEXE 10

Compte rendu du groupe de travail prévu par la convention dentaire et lettre de propositions formulées par la CNSD