



Paris, le 19 février 2015

---

**Décision du Défenseur des droits MSP- 2015-039**

---

**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 code de la santé publique ;

Saisi par acte du 4 juin 2014 par Madame B., en sa qualité de bénévole au sein de l'Association de solidarité en Essonne avec les familles Roumaines et Roms (ASEFRR), d'une réclamation relative au refus de soins opposé à Madame D. et à son fils par le docteur Q qu'elle estimait discriminatoire ;

Décide de présenter les observations suivantes devant la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France.

Le Défenseur des droits

Jacques TOUBON

**Observations devant la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des  
médecins d'Ile-de-France présentées dans le cadre de  
l'article 33 de la loi n° 2011-333 du 29 mars 2011**

Par acte du 04 juin 2014, Madame B., en sa qualité de bénévole au sein de l'Association de solidarité en Essonne avec les familles Roumaines et Roms (ASEFRR), a saisi le Défenseur des droits d'une réclamation relative au refus de soins opposé à Madame D. et son fils, par le docteur Q. le 16 mai 2014 parce qu'ils étaient bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) au sens de l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles.

- **Rappel des faits**

Madame B., bénévole au sein de l'Association de solidarité en Essonne avec les familles Roumaines et Roms (ASEFRR), a pris rendez-vous pour Madame D. et son fils, de nationalité Roumaine, auprès du cabinet du docteur Q. en appelant au début du mois de mai 2014.

Le secrétariat du docteur Q. a questionné Madame B. afin de savoir si la famille était affiliée à la sécurité sociale. Madame B. a répondu positivement à cette question.

Le 16 mai 2014, jour de la consultation, le praticien a fait entrer dans son cabinet Madame B., Madame D. et son fils. Demandant la présentation de la carte d'affiliation à la sécurité sociale, Madame B. lui a présenté la carte d'admission à l'AME de la patiente.

Le docteur Q. a refusé la prise en charge médicale de Madame D. et de son fils, au motif notamment que la Caisse primaire d'assurance maladie procédait avec difficultés au remboursement des praticiens lors de prises en charge de patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

Madame B., au nom de l'ASEFRR, a saisi d'une plainte le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne (77) qui, en application des dispositions de l'article L.4123-2 du Code de la santé publique, a organisé une conciliation.

Par courrier du 28 juillet 2014, le Défenseur des droits a porté cette situation à la connaissance du Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, en souhaitant être tenu informé des suites réservées à cette plainte.

Lors de cette conciliation, Madame B., au nom de l'ASEFRR, s'est désistée de sa plainte après avoir entendu le docteur Q. présenter ses excuses et expliquer qu'en fonction de ce qu'elle avait appris à l'occasion de l'instruction de la présente plainte, elle avait depuis corrigé sa pratique et recevait désormais les bénéficiaires de l'AME.

Interrogée par le Défenseur des droits, la Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne (77) a indiqué que durant le 1<sup>er</sup> semestre 2014, le docteur Q. a réalisé 1.359 actes au total, dont 15,30% au profit de bénéficiaires de la CMU, CMU-C ou de l'AME et que durant cette même période, aucun dépassement n'a été constaté.

Au vu des faits portés à sa connaissance et ayant entendu le médecin, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne, dans sa séance plénière du 7 octobre 2014, a décidé de saisir lui-même la Chambre disciplinaire de première instance d'Ile-de-France de l'Ordre des médecins.

- **Discussion juridique**

Le refus de soins opposé par le docteur Q. est fondé sur le fait que les patients sont bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) prévu à l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles. Un tel refus de soins constitue une discrimination et n'est pas conforme à la loi et à la déontologie médicale.

**Un refus de soins illicite :**

Selon 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, ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Aux termes de l'article R.4127-2 du Code de la santé publique, le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

De plus, selon l'article R.4127-3 du même code, le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Enfin, l'article R.4127-7 du Code de la santé publique dispose que : « le médecin doit écouter, 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 ».

Interrogée par les services du Défenseur des droits sur les raisons qui justifiaient la non prise en charge médicale de Madame D. et son fils, le docteur Q. a expliqué que son refus était fondé sur son expérience de ce que le remboursement par les organismes sociaux des honoraires des praticiens prenant en charge des patients bénéficiaires de l'AME, était source d'une lourdeur administrative difficile à gérer pour un cabinet comme le sien.

**Les justifications administratives invoquées par le docteur Q. :**

En effet, les contraintes administratives, les désagréments économiques ou les motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires sont régulièrement invoqués par les professionnels de santé pour justifier les refus de soins. Ces justifications ont été mises en lumière par de nombreuses études citées dans le rapport sur « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC-C, de l'ACS et de l'AME » remis par le Défenseur des droits au Premier ministre en avril 2014.

S'agissant des bénéficiaires de l'AME qui ne disposent pas de carte Vitale, des contraintes particulièrement lourdes ont été relevées. Les modalités administratives de règlement de la consultation pour un patient AME apparaissent complexes pour les professionnels de santé en médecine de ville, puisqu'elles reposent exclusivement sur une télétransmission, ou pour les autres, sur des feuilles de soins papier leur imposant une lourdeur administrative supplémentaire. De plus, des délais de remboursement parfois très longs de la part des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont été observés.

L'absence de carte Vitale des bénéficiaires de l'AME ne permet pas une réelle reconnaissance de leur qualité d'assuré social, pourtant gage pour les professionnels de santé que ces patients respectent bien le parcours de soins coordonnés avec l'obligation de désigner un médecin traitant. L'inscription dans le parcours de soins contribuerait à faire diminuer le nombre de bénéficiaires de l'AME renonçant à se faire soigner, et recourant finalement à l'hôpital, avec des pathologies plus lourdes et coûteuses pour la collectivité.

Dans le cas d'espèce, Madame le docteur Q. a finalement admis le 6 novembre 2014 que cette difficulté administrative ne pouvait à elle seule justifier son refus dès lors que dans ce type de cas « *la situation parvenait à s'arranger* ». Elle relève par ailleurs que la barrière de la langue est l'une des principales difficultés auxquelles, dans ce cadre, sont confrontés les patients mais aussi les soignants.

### **La barrière de la langue :**

Le docteur Q. invoque par ailleurs les problèmes posés par les patients allophones du fait d'un risque d'incompréhension par ceux-ci, des éléments de diagnostics, d'information et de prescription, inhérents à la consultation médicale.

Madame le docteur Q. en déduit un risque de voir sa responsabilité engagée a posteriori dans une telle hypothèse, en cas de survenance d'un événement indésirable.

Tout en admettant qu'elle en fait sans doute une mauvaise interprétation, elle fait état des dispositions de l'article 47 du Code de déontologie médicale comme fondement de son refus de prise en charge « *pour raison personnelle* » sous réserve de l'urgence et de la possibilité d'une prise en charge hospitalière.

Dans les circonstances de l'espèce, l'explication tirée d'un défaut de compréhension dû à la langue ne paraît pouvoir être recevable dès lors que la patiente et son fils se présentaient à la consultation, sur rendez-vous et accompagnés d'une interprète, en la personne de Madame B..

Les dispositions de l'article 47 du Code de déontologie médicale ne paraissent pas davantage propres à justifier un refus en première intention, de la consultation d'une personne pratiquant une langue différente de celle du médecin.

Les conditions posées par ce texte impliquent d'ailleurs nécessairement qu'un premier examen soit réalisé par le médecin, lui permettant d'appréhender par des éléments cliniques, l'état objectif du patient en l'absence même de communication verbale formalisée. Cette nécessaire démarche de première intention exclut par là-même, une attitude de refus d'accueil a priori.

Cette difficulté est inhérente à la gestion de la relation patient/médecin et se rencontre dans d'autres situations voisines intéressant les personnes insusceptibles de communiquer avec le médecin notamment pour des raisons liées au grand âge et aux pathologies cognitives induites, au jeune âge et aux difficultés d'exprimer le ressenti, aux états pathologiques ou de handicap limitant ou excluant une communication normale entre le médecin et son patient, notamment.

De nombreuses initiatives sont mises en place dans le secteur hospitalier plus particulièrement : kit de communication, interprète, consultation transculturelle, médiateur interculturel, site internet disponible en plusieurs langues, personnels ressources, .... La situation est plus difficile en médecine de ville.

Le refus de première intention, d'admettre le patient en première consultation au motif d'une difficulté de communication avec lui, n'est donc pas recevable.

-----

Dès lors le Défenseur des Droits conclut que la décision prise par le docteur Q. revêt un caractère discriminatoire, et qu'elle contrevient aux dispositions législatives ainsi qu'aux règles de la déontologie médicale.

Par ailleurs, le Défenseur des droits entend porter ultérieurement des recommandations à l'Ordre des médecins concernant les questions soulevées par le docteur Q. au sujet des difficultés liées aux contraintes de communication avec des patients allophones et aux contraintes administratives liées à la gestion par les médecins de ville de la couverture AME.

Telles sont les observations que le Défenseur des droits souhaite soumettre à l'appréciation de la Chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France.