

## Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité

**Marianne Cornu Pauchet**, *Directrice du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C)*<sup>1</sup>.



*Après avoir travaillé pendant huit ans à la direction de la sécurité sociale, Marianne Cornu-Pauchet a été nommée directrice du Fonds CMU-C en mai 2016 par la Ministre en charge de la santé. À ce titre, elle porte les missions institutionnelles du fonds, de financement, d'analyse et de suivi des aides à l'accès à une complémentaire santé destinées aux personnes en situation de précarité (CMU-C et ACS). Elle est membre des commissions de refus de soins placées auprès des conseils des ordres des professionnels de santé.*

Les discriminations sont définies comme des traitements différentiels (intentionnels ou non), illégitimes et produisant un résultat défavorable sur l'accès aux droits fondamentaux d'un individu ou d'un groupe d'individus (*cf. encadré*). Directes, ou indirectes lorsqu'elles sont produites par les règles d'un système, elles sont génératrices d'inégalités. Or, l'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux pour lesquels un principe d'égalité est préconstitué. Les discriminations en matière d'accès aux soins aujourd'hui objectivées font pourtant état de la pluralité des populations concernées : personnes en situation de handicap, en situation de précarité, personnes âgées, étrangers, individus atteints de pathologies graves... L'analyse qui suit est volontairement centrée sur les personnes en situation de précarité bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>2</sup>, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Le Fonds CMU-C est en effet chargé du financement de la CMU-C et de l'ACS et de l'analyse de l'accès aux soins des bénéficiaires<sup>3</sup>. Pour l'ACS cependant, les études disponibles sont plus limitées, compte tenu du caractère plus récent du dispositif et du manque de recul concernant l'incidence de la mise en œuvre du tiers payant intégral et de l'interdiction de dépassement d'honoraires.

Quel diagnostic peut-on faire aujourd'hui sur les situations de discriminations rencontrées par les bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'ACS lors de leur parcours d'accès aux soins ? Comment se traduisent concrètement ces discriminations ? Comment sont-elles objectivées ? S'agit-il de discrimination directe ou indirecte ? Quelles en sont les causes et les conséquences ?

1 L'auteur remercie Gwénaëlle Lebohec, directrice du fonds CMU-C ainsi que Caroline Desprès, docteur en médecine et en anthropologie pour leurs relectures attentives et leurs suggestions.

2 Remplacée depuis 2016 par la protection maladie universelle (Puma).

3 Les discriminations envers les migrants bénéficiaires de l'AME sont évoquées mais non approfondies. Elles ont fait l'objet de nombreux testings et travaux.



## I- La loi portant création de la CMU de juillet 1999 : des dispositifs créés pour garantir une égalité d'accès aux soins aux personnes démunies

À partir de la fin des années 70, dans un contexte de contraintes de plus en plus fortes sur les finances sociales, face au développement du chômage, des formes d'emploi précaire et de la pauvreté, le ciblage des dispositifs de protection sociale sous condition de ressources s'est imposé comme un outil de lutte contre les inégalités sociales. En parallèle, les fondements contributifs du système laissaient pour partie la place à l'universalisation des droits à prestations. La fragilisation de la norme d'emploi en CDI à temps plein a en effet remis en cause la logique de rattachement des droits à prestations au statut professionnel, logique à l'origine de la conception du système ; le lien étroit entre le versement de cotisations et le droit à prestations ne prévaut dès lors plus systématiquement.

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) est emblématique de ce double mouvement. Pour lutter contre les inégalités devant la prévention et les soins, elle introduit, avec la CMU, l'universalité d'accès à la protection de la santé, accessible sous la seule condition de résidence stable sur le territoire français. Pour lever les freins financiers d'accès aux soins induits par le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires, elle crée également un dispositif innovant : la CMU-C, complémentaire santé gratuite sous condition de ressources<sup>4</sup>.

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur pour tous les soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (consultations, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.). Elle permet la prise en charge des prothèses dentaires, des frais d'orthodontie, des audioprothèses et d'une paire de lunettes par an, sans reste-à-charge pour le patient. Pour ces soins, les praticiens sont autorisés à effectuer un dépassement dans la limite d'un tarif plafond qui n'est pas facturé au patient<sup>5</sup>. La CMU-C couvre également le montant du forfait journalier hospitalier, sans limite de durée. Les bénéficiaires sont enfin dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires<sup>6</sup>.

La loi CMU crée également l'aide médicale d'État (AME), prestation sociale<sup>7</sup> destinée à prendre en charge les dépenses de santé des étrangers sans titre de séjour et en situation de résidence stable sur le territoire français. Le bénéfice de l'AME

4 Ressources mensuelles inférieures à 734 € au 1<sup>er</sup> avril 2018 pour une personne seule en métropole.

5 Ces dépassements, ainsi que toutes les dépenses de complémentaire santé des assurés titulaires de la CMU-C sont financés par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C), établissement public créé par la loi CMU.

6 Sauf en cas d'exigence particulière, par exemple de consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, ou de visite à domicile non justifiée, etc.

7 Le financement de l'AME, assuré par l'État, donne lieu chaque année au vote d'une enveloppe budgétaire dédiée en loi de finances.

est ouvert aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C. Comme la CMU-C, l'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs de responsabilité fixés par la sécurité sociale pour les soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire<sup>8</sup>, le forfait journalier hospitalier... Contrairement aux bénéficiaires de la CMU-C, les titulaires de l'AME peuvent cependant se voir appliquer des dépassements d'honoraires et il n'existe pas de tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires, l'audioprothèse et l'optique.

Créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière valorisable lors de l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé sur le marché de l'assurance : elle permet de réduire, voire de prendre en charge totalement, le montant de la cotisation annuelle. Réservée aux personnes dont les ressources ne dépassent pas 35 % du plafond d'attribution de la CMU-C<sup>9</sup>, l'aide est croissante avec l'âge du bénéficiaire (de 100 € pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans et plus). Depuis 2015, l'ACS est utilisable sur trois contrats-types offerts par onze groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par l'Etat dans le cadre d'une mise en concurrence<sup>10 11</sup>.

À l'instar des titulaires de la CMU-C, les bénéficiaires du contrat ACS sont dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral), sont exonérés de participations forfaitaires diverses (participation de 1 € lors de consultations médicales, franchises médicales...) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires. Ces dispositions sont relativement récentes, le tiers-payant intégral ayant notamment été mis en place en 2015.

La CMU-C et l'ACS contribuent à lever les barrières financières de l'accès aux soins pour près de 7 millions de personnes démunies qui en bénéficient en 2018 (5,5 millions pour la CMU-C et 1,4 million pour l'ACS).

## Une reconnaissance tardive de la précarité comme critère prohibé de discrimination dans le code pénal

En droit, la discrimination est définie comme le traitement inégal d'un individu pour raisons illégitimes, ayant des effets défavorables sur la personne. La discrimination est directe lorsque le traitement défavorable intervient dans un domaine spécifié par la loi (droits fondamentaux) et se fonde clairement sur un ou plusieurs des critères de discrimination définis par le code pénal : l'origine, le sexe, la situation de famille, la grossesse, l'apparence physique, l'état de santé,

8 Certains soins sont toutefois exclus de la prise en charge par l'AME, tels que les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation et les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

9 Soit 991 € par mois, plafond ACS au 1<sup>er</sup> avril 2018 pour une personne seule en métropole.

10 Les trois contrats (contrats A, B et C) proposent la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur pour tous les soins courants (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ainsi que la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie. À ces garanties socle, s'ajoutent trois niveaux de garanties pour l'optique, l'audioprothèse et les prothèses dentaires, allant de la couverture la plus simple (contrat A) à une couverture plus complète (contrat C).

11 Fonds CMU-C, *Rapport 2016 - 2017 relatif à l'ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide*, octobre 2017



le handicap, etc<sup>12</sup>. Elle est indirecte lorsqu'une règle, un critère ou une pratique apparemment neutre défavorise de fait une personne ou un groupe de personnes visé par un critère de discrimination. La discrimination indirecte peut être le résultat de processus, actions, règles mises en œuvre sans nécessairement intention de porter préjudice. Cette notion permet d'englober des situations de discriminations systémiques, c'est-à-dire engendrées par le système, les règles, voire les politiques publiques, et ne relevant pas nécessairement du comportement d'un seul individu.

Ce n'est que récemment, en 2016, que le critère de précarité économique est introduit dans le code pénal parmi les critères de discrimination, sur proposition de loi du Sénat. Cette disposition est présentée comme une « reconnaissance symbolique pour permettre un exercice effectif de leurs droits par les personnes en situation de précarité »<sup>13</sup>.

Ainsi, l'objectivation d'un état de discrimination suppose que trois conditions soient remplies : un traitement différent, une raison illégitime et un résultat défavorable au regard d'une égalité préconstituée entre individus. Dans le domaine de l'accès aux soins, ce principe d'égalité est fortement ancré dans le droit français, inscrit dans la constitution française qui pose les fondements de l'universalité de l'accès à la santé (« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous [...] la protection de la santé »). Si les principaux déterminants de la santé se situent en amont du système de soins, les discriminations (directes ou indirectes) lors de l'accès aux soins renforcent de fait les inégalités d'état de santé, accentuant les inégalités sociales, dans un processus de « cercle vicieux ».

## II- La discrimination : un phénomène susceptible d'aggraver le non recours à la CMU-C et à l'ACS et le renoncement aux soins

Dans un système d'assurance maladie qui comporte des « co-paiements », destinés à responsabiliser les patients en matière de consommation de soins, et la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires, l'accès à la couverture complémentaire conditionne l'accès financier aux soins, constat qui fut à l'origine de la création de la CMU-C. C. Desprès *et al*<sup>14</sup> ont en effet montré que la CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières. Plus récemment, les travaux de N. Jess<sup>15</sup> ont mis en évidence que le fait de détenir la CMU-C réduit de moitié

12 23 critères sont inscrits à l'article 225-1 du code pénal.

13 Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de M. Yannick VAUGRENARD et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale, Par M. Philippe KALTENBACH

14 Desprès C., Dourgnon P., Jusot F., « Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé* n°170, 2011.

15 Jess N., « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », DREES, *Etudes et résultats* n° 944, 2015

le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable. Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

De fait, la CMU-C a participé à l'extension de la couverture complémentaire santé à l'ensemble de la population, la part de la population couverte par une complémentaire passant de 85 % en 1998 à 95 % en 2012, selon l'enquête santé et protection sociale de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cependant, le taux de couverture par une complémentaire santé s'est stabilisé à 95 % et malgré la CMU-C et l'ACS, l'absence de couverture complémentaire santé reste le fait des plus pauvres. En 2014, 12 % des personnes du premier quintile de revenus (les 20 % des personnes les moins aisées) ne sont pas couvertes contre 2 % pour les personnes des quatrième et cinquième quintiles (Perronin *et al*<sup>16</sup>). De plus, la moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé ont un niveau de vie inférieur au seuil d'éligibilité à l'ACS et pourraient ainsi prétendre à la CMU-C ou à l'ACS.

Le non recours à ces dispositifs emporte ainsi des conséquences sur l'accès aux soins et l'état de santé des personnes, comme l'ont mis en évidence plusieurs études. Dans un contexte où le taux de recours à la CMU-C est stable depuis plusieurs années à 70 %, et où il est démontré que la CMU-C limite le renoncement aux soins, la lutte contre les discriminations revêt ainsi un enjeu particulier.

### III- Des discriminations qui se manifestent à chaque étape de l'accès aux soins

Des situations de discrimination peuvent intervenir à chaque étape du parcours de soins, lors de la demande d'accès premier au professionnel ou au service de santé, de la rencontre avec le praticien ou encore de la phase de diagnostic et de délivrance des soins, les manifestations de ces situations étant plus ou moins objectivables à chacune de ces étapes. Elles peuvent relever de discriminations directes ou indirectes (*cf. encadré*).

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, la notion de discrimination renvoie au terme de « refus de soins » qui désigne communément le comportement par lequel le professionnel de santé refuse d'offrir au bénéficiaire les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré et dans le respect des dispositions introduites par la loi portant création de la CMU : dispense d'avance de frais, exonération des co-paiements (ticket modérateur, participations diverses), interdiction d'appliquer des dépassements d'honoraires.

La liste des cas de refus de soins, établie par la CNAM dans une circulaire de 2008<sup>17</sup>, illustre le fait que les discriminations interviennent aux différentes étapes de l'accès aux soins. Le refus de soins est défini par les situations suivantes : le refus direct de rendez-vous (refus de recevoir), la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous (délais élevés, créneaux

16 Perronin M. (IRDES) avec la collaboration d'A. Louvel (DREES), « La complémentaire santé en 2017 : 5% de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres », IRDES, *Questions d'économie de la Santé* n°229, 2018.

17 N°CIR-33/2008 du 30 juin 2008 [https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE\\_CNAMTS\\_33\\_2008%20du%2030%20juin%202008\\_refus\\_soins.pdf](https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_CNAMTS_33_2008%20du%2030%20juin%202008_refus_soins.pdf)



horaires spécifiques), l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital sans raison médicale énoncée, le refus d'élaborer un devis, l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé (la dispense volontaire de soins de mauvaise qualité). Sont aussi incluses dans la définition du refus de soins établie par la CNAM les discriminations en raison de la protection sociale dont bénéficie le patient : refus d'application du tiers payant, facturation de dépassements d'honoraires non autorisés, etc.

La discrimination est directe lorsque le refus de recevoir est énoncé lors de la prise de rendez-vous au titre de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME, voire écrit comme ce fut le cas pour des médecins et dentistes qui ont affiché « pas de CMU » ou « pas d'AME » sur leur page des sites de prise de rendez-vous Doctolib.fr ou Monrdv.com. Repérés en janvier 2017 et dénoncés par les associations représentantes des personnes en situation de précarité, ces cas montrent qu'une étape supplémentaire a été franchie : le refus de recevoir est assumé. Ils ont donné lieu à une saisine du Défenseur des droits encore en cours d'instruction un an et demi après les faits.

La discrimination est également directe lorsque les délais pour obtenir un rendez-vous et les conditions d'accueil s'écartent de ceux habituellement fixés aux autres assurés, même si le refus de soins n'est pas clairement énoncé et ainsi plus difficilement objectivable.

Par ailleurs, l'éviction de bénéficiaires en situation de pauvreté *via* les modes d'exercice professionnel (secteur 1 ou 2, lieu d'installation,...) et les modalités d'organisation (horaires d'accueil spécifiques,...) peut conduire à une sélection des patients, souvent involontaire, parfois constituant une stratégie « d'évitement » des patients en situation de précarité. De l'ordre de la discrimination indirecte parce qu'elle est produite par des modes d'organisation, ce type de pratique est encore plus difficilement mesurable. Diagnostiquer une telle stratégie « d'évitement » suppose en effet d'en qualifier l'intentionnalité.

Le refus d'appliquer les dispositions financières associées à la CMU-C ou à l'ACS (tiers payant intégral, pas de dépassements d'honoraires pour les soins courants...) constitue également une discrimination indirecte car un accord est donné pour recevoir le patient mais dans des conditions qui sont contraires aux dispositions de la loi CMU et auxquelles le patient ne peut satisfaire. Il aura ainsi toute chance de ne pas revenir.

Enfin, lors de l'étape d'accès secondaire aux soins, des conditions de diagnostic et de délivrance des soins correspondant à une baisse de la qualité de la prise en charge médicale par rapport aux standards peuvent également être observées. La norme de prise en charge médicale est toutefois complexe à définir étant donnée la variété de cas cliniques rencontrés par les professionnels justifiant parfois d'une prise en charge médicale différenciée, fonction de l'état de santé, des antécédents, etc. Comme le montre M. Cagnet<sup>18</sup>, l'objectivation d'une cause illégitime du traitement différencié basé sur des stéréotypes ou préjugés est difficile à établir dans ce cas.

---

18 Cagnet M., « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé », Laboratoire URMIS, Université Paris Diderot. *Cahiers du Rhizome* n°52, bulletin national santé mentale et précarité. Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

## IV- Des facteurs de discrimination systémiques et contextuels

Les facteurs de discrimination ont été très récemment réexaminés par un travail de recherche cofinancé par le Défenseur des droits et le Fonds CMU-C<sup>19</sup>. C. Desprès, médecin de santé publique, docteur en anthropologie sociale et en ethnologie, a interrogé les pratiques des professionnels en matière de prise en charge des personnes démunies dans le cadre d'entretiens approfondis avec une cinquantaine de praticiens (médecins généralistes, spécialistes de secteur 1 ou 2 et chirurgiens-dentistes, exerçant principalement en ville).

### IV-1/ Des logiques économiques complexes à l'origine de différenciations par les professionnels de santé

Dès la mise en place de la loi CMU de juillet 1999, le facteur économique est identifié comme déterminant, le dispositif même de la CMU-C imposant aux professionnels de santé des contraintes économiques, avec l'instauration du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique, audioprothèses). Ces contraintes pèsent alors de fait sur les professionnels dont les tarifs sont libres, les médecins du secteur 2 et les chirurgiens-dentistes pour les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dentofaciale dans un contexte où ces soins représentent environ les deux-tiers des honoraires des chirurgiens-dentistes<sup>20</sup>.

La logique économique est observée par la recherche de C. Desprès, les chirurgiens-dentistes interrogés en 2016 déclarant quasiment tous travailler à perte (qu'ils refusent ou non les bénéficiaires de la CMU-C) ou, au mieux, sans aucun bénéfice lorsqu'ils réalisent des prothèses dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C. Un trop grand nombre de « prothèses CMU-C » au tarif plafonné pourrait générer des difficultés de rentabilité, dans un contexte où les tarifs prothétiques viennent compenser les tarifs des soins conservateurs que les chirurgiens-dentistes considèrent sous-évalués. Cette situation expliquerait un refus de soins plus fréquent pour les soins prothétiques que pour les soins conservateurs. Si ces propos recueillis ne concernent que quelques professionnels de santé, ils mettent en évidence que seize ans après la mise en place de la CMU-C, le facteur économique reste prégnant parmi les causes de discrimination des personnes en situation de précarité. À cet égard, l'obligation d'appliquer les tarifs plafonds des soins prothétiques dentaires également aux bénéficiaires de l'ACS depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 se traduira probablement par des situations de refus de soins, non encore observées du fait du manque de recul sur le dispositif.

Les travaux de C. Desprès ont permis de montrer que les logiques économiques des professionnels de santé, si elles étaient déjà connues en tant que facteur de différenciation, sont plus complexes qu'elles n'y paraissent car elles dépendent des choix du mode d'exercice professionnel (secteur 1 ou 2), des modalités d'organisation et du lieu d'installation, eux-mêmes

19 Desprès C., « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits, 2017

20 Afin de tenir compte des contraintes d'équilibre financier de ces derniers, les tarifs plafonds des prothèses dentaires ont par la suite été revalorisés dans le cadre des négociations tarifaires conventionnelles entre l'assurance maladie obligatoire et la profession, en 2006 puis plus récemment en 2017.



déterminés par des considérations propres à chaque professionnel de santé. Le praticien cherche à optimiser ses modalités d'exercice en fonction de ses objectifs, en termes de qualité de vie, en matière d'exigence de qualité de soins, de gestion des contraintes externes (réponse aux normes de sécurité médicale des soins, aux normes financières ou autres de l'assurance maladie, etc.). Les discours des professionnels de santé analysés par C. Desprès mettent en évidence l'importance du temps de consultation comme variable d'ajustement économique ; ils révèlent des « *manières de soigner plus rentables que d'autres, expliquant des différenciations des soins. Le temps de consultation est par exemple une variable d'ajustement économique, le temps jouant inversement avec la qualité* ».

Dans ce temps de consultation, le temps « non médical » est perçu comme une contrainte, en particulier pour les professionnels qui ont accueilli des bénéficiaires de l'AME : temps dédié à la communication (barrière de la langue), temps passé pour obtenir le remboursement du tiers payant, ce remboursement étant incertain, de l'avis d'une très large majorité de praticiens (en l'absence de circuit de télétransmission à l'assurance maladie).

## **IV-2/ Un contexte de répartition de l'offre qui amplifierait les discriminations**

La rareté de l'offre de soins<sup>21</sup> dans certaines zones géographiques constitue un frein contextuel à l'accès aux soins, qui, même s'il concerne l'ensemble de la population d'un territoire, est porteur de discriminations potentielles. Toutefois, aucune évaluation ne permet aujourd'hui de mettre en évidence un lien systématique de cause à effet entre la rareté de l'offre médicale et l'existence de discriminations<sup>22</sup>.

En droit, une surcharge d'activité pour les professionnels de santé ne constitue pas une discrimination directe. La surcharge de travail liée à la rareté de l'offre dans certaines zones peut ainsi être considérée comme un motif légitime pour ne pas prendre en charge un patient. L'article L.1110-3 du code de la santé publique dispose que « *hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité* », le praticien peut refuser de soigner dès lors que cela est « *fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* ».

## **IV.3/ La construction d'une catégorie administrative « les CMU-istes », « les CMUs »**

---

21 La question de la rareté de l'offre de soins et de ses incidences sur l'accès aux soins est ici simplement abordée ; elle est en effet traitée dans un article du présent numéro de Regards.

22 Dans les zones où l'offre est à la fois plus exsangue qu'ailleurs et la densité de personnes en situation de précarité plus importante, la dépense de santé complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C n'est pas nécessairement plus faible. En Seine et Marne, par exemple, le taux élevé de bénéficiaires de la CMU-C est associé à une faible densité de médecins généralistes mais à une dépense de CMU-C par bénéficiaire élevée.

Parce qu'elle offre la gratuité des soins pour le bénéficiaire et qu'elle est conditionnée à un niveau de ressources, la CMU-C porte en elle les germes de la stigmatisation des bénéficiaires, en créant un traitement spécifique favorable ciblé sur les plus pauvres. Les travaux de C. Despres montrent que la CMU-C s'est ainsi constituée comme une catégorie sociale à part entière (les « CMUistes », les « CMUcistes ») dans les discours de certains professionnels de santé, alors même que les bénéficiaires ont des profils et des parcours très différents. L'auteur précise : « *Pourtant, ces individus ne constituent pas un groupe au sens sociologique du terme, ils n'ont pas d'identité commune, ni de communauté de destin comme peuvent en témoigner des histoires de vie radicalement différentes. Leur point commun est celui de faibles ressources économiques, à un moment donné.* » [...] *La CMU est un droit, un dispositif, une opportunité, ce n'est pas une catégorie identitaire. Certains refusent la CMU pour éviter la stigmatisation qu'elle produit* ».

Ce processus de catégorisation, qui avait été identifié lors des débats sur la loi CMU, se concrétise par la production de stéréotypes multiples qui apparaissent clairement dans les discours des professionnels de santé interrogés par l'auteur.

Ainsi, la gratuité des soins (tiers payant intégral) déresponsabiliserait les patients, conduisant à des comportements consuméristes, de surconsommation de soins<sup>23</sup>. Ce risque de surconsommation, potentiellement facteur de dérapage des dépenses de CMU-C, faisait également partie des risques identifiés lors des débats sur la loi CMU. En 2015, dans son rapport sur le Fonds CMU-C, la Cour des comptes le souligne à nouveau<sup>24</sup>. Pour autant, une fois la montée en charge de la CMU-C achevée, les dépenses de santé au titre de la CMU-C sont restées contenues. La dépense de complémentaire santé CMU-C par tête est depuis 2013 en recul chaque année. Les travaux de recherche sur le sujet ont aussi démontré que les consommations élevées de soins des bénéficiaires s'expliquaient par un effet de rattrapage temporaire au moment de l'entrée dans la CMU-C ou bien étaient dues à l'état de santé des bénéficiaires, plus dégradé que celui des autres assurés sociaux. Pour autant, les entretiens auprès des médecins montrent que ce préjugé circule dans la profession, bien qu'aujourd'hui tempéré par l'émergence de discours sur le renoncement aux soins ou le non recours aux droits chez les mieux informés.

Les bénéficiaires de la CMU-C seraient également de « mauvais citoyens et mauvais patients », fraudant pour obtenir la CMU-C, n'honorant par leurs RDV, n'observant pas leur traitement. Fondés souvent sur l'expérience de quelques cas, ces préjugés sont généralisés à l'ensemble des bénéficiaires, alimentés et renforcés par une méconnaissance de la précarité et souvent des dispositifs de protection sociale. La CMU-C est par exemple souvent assimilée à un statut de grande précarité (SDF, etc), à tout le moins de chômage (les seuils d'éligibilité à la CMU-C ne sont alors pas connus) par le professionnel.

Il ressort cependant des entretiens de C. Despres que parfois l'expérience acquise par le professionnel dans le traitement de patients bénéficiaires des dispositifs conduit à infirmer ces préjugés.

23 Notons que la représentation des bénéficiaires de la CMU-C qui surconsomment n'est pas énoncée chez les dentistes.

24 « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Rapport de la Cour des comptes établi par JP. Viola, Communication à la commission des finances du Sénat Article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1er août 2001 Mai 2015



## V- Un phénomène difficile à évaluer, peu signalé par les personnes concernées

### V-1/ Les testings sur le refus de recevoir

Les travaux sur la discrimination dans l'accès aux soins se sont d'abord intéressés à la discrimination lors de l'accès premier au professionnel de santé, plus visible et plus facilement objectivable que les différences de traitement qui peuvent intervenir en aval lors de la prise en charge médicale, de la phase de diagnostic et de réalisation des soins. Le refus de recevoir a ainsi été mesuré par de nombreux testings ou enquêtes réalisés dès le début de la mise en place de la CMU, de la CMU-C et de l'AME. Certains d'entre eux ont particulièrement alimenté le débat public sur le refus de soins<sup>25</sup>.

En 2002, Médecins du Monde dénonçait les situations de refus de soins au moyen d'un testing mené auprès de 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France. Selon cette étude, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU dans 35 % des cas.

L'existence des refus de soins est ensuite confirmée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 au moyen d'une enquête auprès de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU couvrant 14 départements<sup>26</sup>. 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 ou de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU ».

Le Fonds CMU-C a travaillé sur la question des refus de soins dès les premières années d'application de la loi. En 2006, il a commandité un premier testing visant à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C lors de la prise de RDV téléphonique<sup>27</sup>. Effectué dans six villes du département du Val-de-Marne choisies pour leurs caractéristiques contrastées en termes de démographie et de concentration de bénéficiaires de la CMU-C, ce testing a fait apparaître un taux de refus de l'ordre de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 1 et 2 comme pour les dentistes. En revanche, pour les médecins généralistes, le refus était plus limité pour les médecins de secteur 2 (près de 85 % des rendez-vous étaient accordés) et constituait une exception pour les médecins généralistes du secteur 1 (près de 100 % des rendez-vous accordés).

À la suite de la sortie des résultats de cette étude<sup>28</sup>, le caractère inacceptable de cette situation fut souligné par le gouvernement, qui demanda alors au directeur du Fonds CMU-C d'établir un rapport comportant des propositions opérationnelles susceptibles de mettre fin aux « refus de soins »<sup>29</sup>.

25 On ne prétend pas ici couvrir l'exhaustivité des testings réalisés en matière des refus de soins par l'ensemble des acteurs.

26 Cognet M., Op. cit.

27 Desprès C., Op. cit.

28 Qui s'ajoute aux nombreux testings effectués par les associations représentantes des personnes en situation de précarité, notamment sur le refus de recevoir les bénéficiaires de l'AME.

29 « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Op. cit.

En 2008, dans le cadre de l'élaboration du rapport d'évaluation de la loi CMU, le fonds a commandé à l'IRDES un nouveau testing. Réalisé à Paris en fin d'année 2008 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes, dentistes et quelques spécialités médicales, soit auprès de 861 professionnels, il a mis en évidence des taux de refus élevés en gynécologie (40 % pour les gynécologues de secteur 2), en ophtalmologie (31 % en secteur 2) et en soins prothétiques dentaires (31 %). Face au constat de la persistance des refus de soins, le fonds a formulé des propositions : introduire un indicateur de suivi des refus de soins dans la loi de finances ou dans la loi de financement de la Sécurité sociale, donner juridiquement une valeur probante au testing, ouvrir la possibilité de sanction directe par les caisses d'assurance maladie,...

Si l'ensemble de ces travaux a permis d'étayer l'existence de refus de soins, les débats se sont cristallisés autour de la qualité des testings et des ordres de grandeur du refus de soins, déplaçant ainsi l'enjeu de la lutte contre le refus de soins vers un enjeu d'évaluation de l'ordre de grandeur, en reléguant parfois la réalité du refus au second plan, phénomène pourtant contraire à la loi comme au code de déontologie, fût-il marginal.

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme cependant l'importance de la mission d'évaluation du refus de soins en la confiant aux conseils nationaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016, en application de l'article 85). Composées de quatorze membres (professionnels de santé, représentants d'associations d'usagers du système de santé, Fonds CMU-C, CNAMTS), les commissions « refus de soins » sont chargées d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus de soins et de remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé.

## **V-2 / Des refus de soins peu signalés par les assurés ou du moins qui font l'objet de peu de saisines**

Les assurés disposent aujourd'hui de plusieurs canaux pour signaler et saisir l'institution publique en cas de refus de soins : ils peuvent saisir la direction des caisses primaires d'assurance maladie ou la commission de conciliation de la caisse, le défenseur des droits et les conseils départementaux des ordres nationaux des professionnels de santé concernés.

Les bilans de la CNAM sur les cas de refus de soins remontés par les conciliateurs locaux des CPAM montrent que les signalements sont limités et le sont de plus en plus. En 2011, les signalements répertoriés s'élevaient à plus d'un millier de cas (pour les seuls bénéficiaires de la CMU-C), en 2014, ils étaient inférieurs à 500 (pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, cf. tableau ci-dessous). Le bilan de la CNAM de 2014 renseigne aussi sur les principaux motifs de refus de soins. Le refus du tiers payant apparaît comme le premier motif de plainte (de l'ordre de 40% des cas pour les bénéficiaires de la CMU-C comme de l'ACS<sup>30</sup>), l'attitude ou le comportement discriminatoire comme le deuxième motif.

30 Dans le cas de l'ACS, notons qu'il s'agit pour les professionnels du refus d'appliquer le tiers payant social, la mise en place du tiers-payant intégral pour l'ACS datant de 2015.

Tableau 1 : Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C		Bénéficiaires de l'ACS		Bénéficiaires de l'AME		Total	% du motif
	N	%	N	%	N	%		
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rdv	8	2,6%	1	0,7%	0	0,0%	9	2,1%
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Refus d'élaborer un devis	16	5,2%	19	14,0%	1	5,0%	35	7,9%
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	71	23,3%	24	17,6%	5	25,0%	95	21,5%
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	87	28,6%	36	26,5%	8	40,0%	123	27,9%
Refus de tiers-payant	123	40,3%	56	41,2%	6	30,0%	179	40,6%
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>100,0%</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>		<b>441</b>	<b>100,0%</b>
% du dispositif	69,2%		30,8%		4,3%		100,0%	100,0%

Source : CNAM, repris du VIIème rapport d'évaluation du fonds CMU-C de 2016, [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT\\_EVALUATION\\_2016.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf)

Les plaintes enregistrées auprès des conseils de l'ordre ou du Défenseur des droits correspondent quant à elles à quelques cas par an. Le caractère limité des signalements illustre les difficultés des assurés à entamer les démarches administratives de saisine des instances concernées.

\*\*\*\*\*

Au bout du compte, le diagnostic sur les discriminations en matière d'accès aux soins fondées sur un motif de précarité revêt un caractère parcellaire. Le repérage et l'évaluation de ces discriminations sont complexes, comme pour toutes les discriminations et tous les phénomènes dissimulés parce que contraires à la loi et à l'éthique. Des travaux (testings, travaux de recherche) ont toutefois permis de démontrer l'existence de ces discriminations, et d'établir qu'elles ont pour partie des raisons systémiques attachées aux dispositifs dont l'objet premier était précisément d'assurer une égalité d'accès aux soins pour les plus démunis (CMU, CMU-C, ACS et AME).

L'enjeu aujourd'hui n'est pas tant de quantifier à nouveau mais plutôt de mettre en place les moyens effectifs de lutte contre les discriminations lors de l'accès aux soins, compte tenu des effets qu'elles peuvent avoir, qui vont au-delà des conséquences négatives évidentes sur l'état de santé des personnes démunies. Les discriminations de fait se traduisent par des anticipations de discrimination, intégrées par les usagers. Elles renforcent ainsi le renoncement aux soins et altèrent la confiance dans le système de santé. Elles peuvent aussi avoir des conséquences importantes sur l'organisation de l'offre et son financement, dès lors qu'elles incitent

à un report vers d'autres formes de prises en charge - vers l'hôpital (recours non pertinent aux urgences) ou vers des structures « adaptées » (permanences d'accès aux soins de santé, centres de santé,...) - et portent ainsi en germe une médecine à deux vitesses, contraire au principe inclusif du système d'assurance maladie.

## Bibliographie

[1] Fonds CMU-C, octobre 2017, Rapport 2016 - 2017 relatif à l'ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide.

[2] Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de M. Yannick VAUGRENARD et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale, Par M. Philippe KALTENBACH

[3] Cagnet M., « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé »

Laboratoire URMIS, Université Paris Diderot. Cahiers du Rhizome n°52, bulletin national santé mentale et précarité. Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

[4] Despres C. 2017, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits.

[5] « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Rapport de la Cour des comptes établi par JP. Viola, Communication à la commission des finances du Sénat Article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 Mai 2015

[6] Desprès C., Dourgnon P., Jusot. F, 2011, « Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». Questions d'économie de la santé n°170.

[7] Jess N, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins ». Drees, études et résultats n° 944

[8] Perronin M. (Irdes) avec la collaboration d'A. Louvel (Drees), 2018. « La complémentaire santé en 2017 : 5% de non-couverts et 12% parmi les 20% les plus pauvres ». Irdes, Questions d'économie de la Santé n°229.

[9] Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

[10] Boisguerin B. « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *Etudes et résultats n° 294 – Mars 2004*



---

[11] « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val de Marne », Caroline Desprès, Michel Naiditch, rapport DIES pour le Fonds CMU, mai 2006

[12] Chadelat J.-F., 2006, « Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », Rapport pour monsieur le ministre de la Santé et des Solidarités, La Documentation française, Paris, 30 novembre, 32 p.