

ASSEMBLÉE NATIONALE

8 mars 2019

SYSTÈME DE SANTÉ - (N° 1681)

Retiré

AMENDEMENT

N° AS985

présenté par

M. Hammouche, M. Fuchs, Mme Gallerneau, M. Mathiasin, Mme Benin et M. Berta

ARTICLE ADDITIONNEL

AVANT L'ARTICLE 7, insérer l'article suivant:

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, sont insérés huit alinéas ainsi rédigés :

« Peuvent être assimilés à un refus de soins, les pratiques discriminatoires indirectes suivantes :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;

« 2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C), de l'aide médicale d'État (AME) et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

« 6° Le refus de devis ;

« 7° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. » ;

2° Après le mot : « commission », la fin du quatrième alinéa est ainsi rédigée : « composée de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, de l'organisme local d'assurance maladie, d'un délégué du Défenseur des Droits et de deux membres d'une association agréées mentionnées à l'article L. 1114-1. » ;

3° Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'alinéa précédent est également applicable quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des patients.

« Il appartient au professionnel de santé, au vu des éléments rapportés par la personne l'ayant sollicité, de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. » ;

4° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins. Toutefois, lorsque le refus de soins a été commis envers une personne considérée individuellement, l'association n'est recevable dans son action que si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose une refonte de l'article L 1110-3 du code de la santé publique permettant de mieux définir le refus de soins, de faciliter le recours au testing, d'élargir la commission de conciliation à des représentants de l'assurance maladie, au Défenseur des droits et à des associations d'usagers et de mieux sanctionner le refus de soins le cas échéant. Les refus de soins touchent les personnes les plus précaires qui cumulent déjà des difficultés d'accès aux soins, par exemple les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou encore de l'aide médicale de l'État (AME). Les conséquences sur leur santé et la santé publiques sont connues : renoncements aux soins, retards, aggravation des pathologies impliquant des complications et des prises en charge en urgence... De nombreuses enquêtes et études ont en effet documenté cette violation de la déontologie du soin comme celle du Défenseur des droits en 2016 ou encore la dernière synthèse de l'observatoire des refus de soins de la Fédération des acteurs de la solidarité, et font état d'une inefficacité de la législation actuelle qui, en 2016, avait remis aux ordres la responsabilité d'organiser des commissions visant à évaluer et agir contre les refus de soins. Or, les associations présentes dans ces commissions déplorent une absence de financement dédié pour effectuer les études, tests et les enquêtes envisagés par la loi et l'impossibilité de statuer situations individuelles. Par ailleurs, la procédure de conciliation devant l'organisme d'assurance maladie puis une procédure contentieuse devant le Conseil de l'Ordre instituées par la loi HPST sont jugées insuffisantes et inefficaces.