

**COMMISSION D'ÉVALUATION
DES PRATIQUES DE REFUS DE
SOINS
RAPPORT ANNUEL**

2017 - 2018

**CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES
SAGES-FEMMES**



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

I. PRESENTATION DE LA COMMISSION

1. MISE EN PLACE DE LA COMMISSION ET MISSIONS

2. COMPOSITION

II. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION

1. DEFINITION DU PERIMETRE DE TRAVAIL

- a) Le refus de soins discriminatoire
- b) Non accès aux soins et refus de soins

2. ETAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX, AXES D'AMELIORATION ET RECOMMANDATIONS

- a) Actions menées
- b) Recommandations

ANNEXES

I. PRESENTATION DE LA COMMISSION D'EVALUATION DES REFUS DE SOINS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

1. MISE EN PLACE DE LA COMMISSION ET MISSIONS

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé investit les ordres professionnels de santé médicaux, en lien avec les associations de patients agréées, d'une nouvelle mission : l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins (article L. 4122-1 du code de la santé publique).

Les modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins sont prévues par le décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016. Ce dernier institue une commission chargée d'évaluer les refus de soins, auprès de chaque conseil national des ordres des professionnels de santé médicaux (article D.4122-4-2 du code de la santé publique).

Les missions de la commission placée auprès du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) sont également précisées par le décret précité. Elle est ainsi chargée de :

- ➔ **Evaluer les pratiques de refus de soins opposées par les sages-femmes** (leur nombre et leur nature). La commission peut recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients.
- ➔ **Analyser les pratiques de refus de soins** (leur nature, leurs causes et leur évolution).
- ➔ **Elaborer des statistiques sur la base de ces analyses.**
- ➔ **Emettre des recommandations sur les pratiques de refus de soins** visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information du patient.
- ➔ **Elaborer un rapport annuel** qui doit être remis au ministre chargé de la santé, au plus tard le 30 juin.

La commission ne statue pas sur des situations individuelles.

La commission se réunit au minimum deux fois par an et peut prévoir l'audition de toute personnalité qualifiée dont la consultation lui paraît utile.

Un règlement intérieur visant à régir le fonctionnement de la Commission, a été adopté le 6 décembre 2017 (annexe 1).

2. COMPOSITION

La commission est composée de 14 membres :

- La présidente du Conseil national de l'Ordre ou sa représentante
- Six (6) sages-femmes désignées par la Présidente,
- Cinq (5) représentants des associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et désignés par arrêté du ministre chargé de la santé,
- Le directeur du Fonds de financement de la couverture maladie universelle (Fonds CMU-C) ou son représentant,
- Le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ou son représentant.

La commission est présidée par le Président du Conseil national de l'ordre ou son représentant.

La commission est ainsi composée de :

PRESIDENTE

Mme Sylvaine COPONAT, Trésorière du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

SAGES-FEMMES

Mme Evelyne GUYON	Sage-femme
M. Jean Baptiste HUGUET	Sage-femme libérale
Mme Nargues KLEIN	Sage-femme de PMI
Mme Françoise LAMIRAND	Sage-femme libérale
Mme Elisabeth MEUNIER	Sage-femme hospitalière
Mme Marie-Bernadette MORENO	Sage-femme libérale

ASSOCIATIONS AGREES

AIDES (Association de lutte contre le VIH et les hépatites virales)	Mme Catherine AUMOND Vice-présidente
	Mme Caroline IZAMBERT Responsable plaidoyer
APF France handicap	Mme Agnès BOURDON-BUSIN Administratrice
	Mme Aude BOURDEN Conseillère nationale Santé - médico-social
France Assos Santé (Anciennement CISS)	Mme Florence NAVATTONI Coordinatrice adjointe de Santé Info Droits
MFPP (Mouvement Français Pour le Planning Familial)	Docteur Danielle GAUDRY Responsable de la commission avortement
UNAPEI (Union Nationale des Associations de parents, de personnes handicapées mentales et leurs amis)	M. Pierre LAGIER Vice-président et Président de la commission handicap et santé

INSTITUTIONNELS

CNAM (Caisse nationale de l'assurance maladie)	M. François MEURISSE Représentant du Directeur Directeur de la conciliation
CMU-C (Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie)	Mme Mahé CAUCHARD Représentante de la directrice

Le Défenseur des Droits, ou son représentant, et les représentants des ordres des professions médicales sont invités à participer à la commission.

II. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION

Depuis sa création, la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins s'est réunie deux fois en 2017 (le 4 octobre et le 6 décembre) et deux fois en 2018 (le 6 juin et le 3 octobre).

Ces réunions ont été l'occasion d'entamer la réflexion sur la notion de « refus de soins » et de mettre en exergue les freins et les leviers à l'amélioration des pratiques. Elles ont également permis de définir un certain nombre d'axes de travail permettant notamment de recenser les situations de refus de soins opposés aux patientes et d'améliorer l'information auprès des sages-femmes, des associations et des patients. La commission a enfin entamé une réflexion sur les modalités pratiques de mise en œuvre de ces axes de travail au regard de ses moyens d'action.

1. DEFINITION DU PERIMETRE DE TRAVAIL

Dans un premier temps, il a semblé essentiel de rappeler les fondements légaux et réglementaires des refus de soins.

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies par le code de la santé publique. La prise en charge de certaines situations médicales, notamment en cas de pathologie particulière, requiert ainsi de travailler en coopération avec les médecins. Certaines patientes peuvent vivre ces réorientations comme des refus de soins.

La commission s'est dans un second temps attachée à définir, à partir de cas pratiques, la notion même du « refus de soins » et ce qu'elle recouvre. A cette occasion, a été soulevée la distinction entre refus de soins « légaux » et « illégaux ».

a) Le refus de soins discriminatoire

Force a été de constater que les textes déontologiques applicables aux refus de soins opposés par les sages-femmes mentionnent qu'une sage-femme peut légitimement refuser de dispenser des soins sous certaines conditions, en ces termes : « *Hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelle* » (article R.4127-328 du Code de la santé publique).

L'article L.1110-3 du même code s'applique par ailleurs à l'ensemble des professionnels de santé :

« 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 pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou 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.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

A l'issue des discussions, la Commission a conclu qu'un refus de soins vise donc tous les cas de refus, qu'ils soient «légaux» ou «illégaux».

En ce sens, la Commission a proposé la définition suivante :

« Les refus de soins visent les situations dans lesquelles un professionnel de santé fait obstacle, directement ou indirectement, à la dispense de soins auprès d'un patient (refus de recevoir le patient ou traitement différencié du patient par rapport aux autres patients). »

La commission a rappelé que les refus de soins identifiés comme illégaux le sont notamment au regard du code de la santé publique (article L.1110-3 CSP) :

- Refus de soins liés à la situation économique du patient (CMU-C/ACS/AME)
- Refus de soins discriminatoires sur les critères posés par l'article L.225-1 du code pénal¹.

La discrimination se manifeste non seulement lorsque le refus se base sur l'un des motifs visés par l'article L.225-1 du code pénal, mais aussi lorsque le professionnel traite deux personnes ayant une demande similaire de manière différenciée.

Sur cette base, la commission a réfléchi à un schéma autour de trois axes majeurs et un 4ème à la marge, que sont :

- **L'obstacle à l'accès aux soins** : le patient n'est pas reçu par le professionnel sans même être orienté, orientations répétées et abusives sans raison médicale énoncée, rendez-vous éloignés dans le temps ou horaires de consultation fléchés et/ou imposés ;
- **L'accès aux soins freiné pour raisons financières** : le professionnel ne pratique pas le tiers payant auprès des bénéficiaires de la CMU-C, ACS et de l'AME ou bien effectue des dépassements d'honoraires, exige d'un seul moyen de paiement spécifique, refuse d'élaborer un devis ...
- **L'accès aux soins dégradé par une qualité de soins différenciée** : comportement du professionnel/relationnel avec le patient révélant une discrimination, comportement de la sage-femme ou du secrétariat à caractère méprisant ... ;

¹ Article 225-1 du code pénal «*Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.*

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales sur le fondement de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de la grossesse, de l'apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue de son auteur, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, de la perte d'autonomie, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales. »

b) Non accès aux soins et refus de soins

La commission a également repéré deux familles de situations qui conduisent à un non accès aux soins mais qui ne relèvent pas du refus de soins discriminatoire stricto sensu.

Les obstacles à l'accès aux soins peuvent résulter d'une mise en œuvre inefficace de l'organisation du système de santé et d'une offre de soins insuffisante et/ou inadaptée aux besoins des usagers. (ex. déserts médicaux, mise en œuvre du PRADO, accès à l'IVG, prise de RDV uniquement par internet ...).

Il est également apparu nécessaire de distinguer le refus de soins opposés par les sages-femmes du renoncement aux soins de la part des patientes.

Le renoncement aux soins consiste, pour le patient, à refuser qu'un professionnel ne dispense des soins le concernant pour de multiples raisons. Bien que ces deux notions soient parfois liées, le renoncement ne peut être analysé comme un refus de soins de la part du professionnel.

2. ETAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX, AXES D'AMELIORATION ET RECOMMANDATIONS

a) Actions menées

→ Collaboration avec le Défenseur des droits et les conseils ordinaires des professions médicales

Le Défenseur des droits a présenté deux plaquettes d'information sur les refus de soins illégaux, l'une à destination des usagers et l'autre à destination des professionnels de santé.

Les membres de la commission ont unanimement sollicité une simplification de ces deux outils et une vulgarisation des termes employés. Le groupe de travail organisé par le Défenseur des droits a élaboré une nouvelle version de ces plaquettes présentées aux membres de la commission le 6 juin 2018.

A cette occasion, la commission a refait des propositions de modifications.

En outre, la commission a d'emblée souligné qu'il serait intéressant de s'associer avec les deux autres ordres (médecins et chirurgiens-dentistes) afin de permettre une mise en commun et les a invités en conséquence à ses travaux. L'ordre national des chirurgiens-dentistes a ainsi participé à deux des sessions de travail de la commission.

→ Actions de communication

Parmi les pistes de réflexion, la Commission a longuement débattu du système **de recensement possible des refus de soins**.

En effet, l'article D.4122-4-2 du code de la santé publique prévoit notamment que la Commission « [...] évaluent le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elles analysent ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles produisent des données statistiques sur la base de ces analyses. [...]»

Il apparaît que le travail de recensement des refus de soins sur le territoire national nécessite des outils adaptés et des fonds permettant de mener à bien ce travail.

Or, à ce jour il existe peu d'outils qui permettent un recensement exhaustif des refus de soins auprès des usagers (Observatoire de la Fédération des Acteurs de la Solidarité proposant un questionnaire en ligne, saisine difficile d'associations d'usagers par les patients, de la CPAM ou des ordres ...). Aussi, en l'absence de fonds attribués à cette Commission, les membres de cette dernière décident, à l'unanimité, que **les travaux de la Commission portent dans un premier temps sur des recommandations formulées à destination des sages-femmes ainsi que sur des moyens de communication pour faire connaître les refus de soins illégaux et l'existence de cette commission**.

A cette fin, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a publié une lettre d'information (lettre juridique) dans la revue trimestrielle Contact de janvier 2018 (annexe 2).

b) Recommandations

La commission propose :

- de **rendre effectif par un décret d'application la mise en place des commissions paritaires** de conciliation prévues à l'article L1110-3 du CSP ;
- que le **CNOSF mette à disposition les outils d'information suivants** :
 - une newsletter dédiée, incitant notamment les conseils départementaux à dispenser une information sur les refus de soins (code de déontologie) lors des entretiens individuels préalables à l'inscription au tableau de l'Ordre de chaque sage-femme,
 - une information aux assemblées générales des conseils départementaux
 - une information lors des réunions de secteurs en 2019
 - la création d'un onglet dédié sur le site internet du CNOSF intégrant notamment : les liens vers le site du Défenseur des droits et vers France Assos Santé qui propose une lettre type de saisine des Ordres, le référentiel de compétences « formation et bonnes pratiques relatif à l'Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, de la HAS ».
- En termes d'affichage et de communication, la commission propose **de soumettre au Défenseur des droits l'idée de créer une affiche et une vidéo**, formats plus adaptés à certaines situations et à certains lieux tels que les cabinets médicaux, les PMI ... et permettant une large diffusion.
- La mise en place d'un **dispositif commun à l'ensemble des Ordres des professions de santé**.
- De **créer un fonds étatique dédié aux commissions** d'évaluation des pratiques de refus de soins afin de leur permettre de mener des actions ambitieuses de recensement et évaluation quantitative et qualitative des situations (enquête, testing, statistiques ...).

ANNEXES

Annexe 1 : Règlement intérieur

Annexe 2 : Lettre juridique Revue CONTACT du CNOSF n°53 (janvier 2018)

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION D'ÉVALUATION DES REFUS DE SOINS

Préambule

Le décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 pris en application de l'article 85 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure une Commission des refus de soins auprès des ordres médicaux.

Ses missions et sa composition sont définis aux articles L.4122-1, D.4122-4-2 et D.4122-4-3 du code de la santé publique.

L'article D.4122-4-2 du code de la santé publique prévoit qu'une commission, placée respectivement auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, est chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les professionnels de santé inscrits au tableau de chacun de ces ordres.

Afin d'évaluer ces refus, la Commission use de moyens qu'elle juge appropriés. Elle est chargée de remettre un rapport annuel au ministère chargé de la santé au plus tard le 30 juin. Chaque Conseil national de l'ordre rend ce rapport public dans un délai d'un mois à compter de sa transmission au ministre chargé de la santé.

Un arrêté du 29 décembre 2016 de la Ministre des Affaires sociales et de la santé désigne les cinq associations représentants d'usagers comptant parmi les membres de la Commission.

Article 1 : Siège et secrétariat de la Commission

Le siège de la Commission est fixé au siège du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

Le secrétariat de la Commission est assuré par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (ci-après désigné CNOSF) qui met à disposition les locaux nécessaires à la tenue des réunions.

Pour des raisons de logistiques, les réunions de la Commission peuvent se tenir en dehors du siège de la Commission dès lors que ce lieu a été préalablement validé en réunion par le tiers des membres de la Commission.

Article 2 : Présidence et Composition

La commission est composée de quatorze membres, dont la liste est fixée par l'article D.4122-4-3 du code de la santé publique.

La présidence de la Commission est assurée par le Président du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ou son représentant.

La Commission est composée de six sages-femmes inscrit(e)s à l'Ordre et désignés par le Président du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, figurant en annexe du présent règlement.

L'arrêté du 29 décembre 2016 désigne les cinq associations d'usagers du système de santé agréées en santé que sont :

- AIDES
- APF
- Collectif Interassociatif Sur la Santé, aujourd'hui appelé France Assos Santé
- Mouvement Français pour le Planning Familial
- UNAPEI

Sont également membres de la Commission :

- Le Directeur général de la CNAMTS ou son représentant ;
- Le Directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, ou son représentant

En raison des missions qui lui sont dévolues par la loi, le Défenseur des Droits, ou son représentant, est invité à participer, avec voix consultative, aux réunions et aux travaux de la Commission.

Article 3 : Organisation des réunions de la Commission

La Commission est réunie au moins deux fois par an.

Sur convocation du président ou à la demande de la moitié des membres de la Commission, des réunions supplémentaires peuvent être organisées.

L'ordre du jour est arrêté par le président de la Commission. Il est adressé par le secrétariat, par courriel, au moins quinze jours avant la date de la réunion.

Les convocations sont adressées par le secrétariat, par courriel, au moins quinze jours avant la date de la réunion.

Tout membre empêché de participer à une réunion doit en informer dès que possible le secrétariat de la Commission qui en avise sans délai le président.

Peuvent être portés à l'ordre du jour :

- Les sujets retenus par la Commission lors de sa précédente séance ;
- Les sujets retenus par le président ;
- Les propositions de sujets présentées par au moins le tiers des membres de la Commission et retenues par le président. (Dans le cas où de tels sujets ne seraient pas retenus ils sont rappelés dans l'ordre du jour et leur inscription à la réunion suivante est mise aux voix) ;

Article 4 : Publicité des débats

Les réunions et les débats de la Commission ne sont pas publiques.

Les travaux de la Commission peuvent faire l'objet d'une diffusion après validation de la Commission.

Article 5 : Déroulement des réunions

Le président de la Commission, ouvre et clôt la réunion, s'assure de son bon déroulement, rappelle les questions inscrites à l'ordre du jour. Il soumet à la Commission le compte rendu de la séance précédente établi par le secrétariat.

Une feuille d'émargement est établie à l'ouverture de chaque réunion.

La Commission peut entendre, à sa demande, des personnes extérieures qui dans ce cas ne sont présentes que pour la durée de leur audition et n'interviennent que dans ce cadre. La présentation par une personne extérieure à la Commission de comptes rendus d'enquêtes, d'études ou de tests de situation, est réalisée dans cette forme.

De la même manière, toutes auditions des organisations de la profession reconnues représentatives sont également réalisées dans cette forme.

Le secrétariat établit le rapport annuel des travaux de la Commission et le soumet à l'approbation des membres de la Commission.

Article 5 : Quorum

La Commission est composée de sept membres professionnels sages-femmes, cinq représentants d'associations d'usagers désignés à l'article 2 du présent règlement et un représentant de la CNAMTS et du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Ainsi, un triple quorum doit être rempli.

Pour que les conditions de quorum soient remplies, doivent être présents ou représentés, au moins quatre membres sages-femmes, quatre membres représentants différentes associations d'usagers et un organisme d'assurance maladie.

Le Président de la Commission ouvre la séance après avoir vérifié que ces conditions de quorum sont bien remplies. Si ces conditions ne sont pas remplies le constat en est établi.

Si le quorum n'est pas rempli, aucune décision ne peut être mise aux voix. Seuls les travaux de la Commission peuvent se dérouler.

En cas d'absence, un membre peut donner pouvoir pour le représenter à un autre membre appartenant à la même catégorie que lui-même. Un membre ne peut être porteur de plus d'un pouvoir. Ce pouvoir doit avoir été adressé avant l'ouverture de la séance.

Dans un souci d'égalité dans la représentativité entre professionnels de santé et non professionnels de santé, le pouvoir ne peut produire effet que si le quorum décrit ci-dessus est atteint.

Article 6 : Règles de vote

Pour les points à l'ordre du jour requérant un vote, la Commission se prononce, si le triple quorum est atteint, à la majorité simple des voix exprimées à main levée, excepté si un membre souhaite voter à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des absents.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote avec voix prépondérante du Président.

Article 7 : Modification du règlement intérieur

En dehors des modifications inhérentes à l'évolution de la législation et de la réglementation, toute modification du présent règlement ne pourra être demandée et entreprise que si le triple quorum est atteint, à la majorité absolue des membres de la Commission.

ANNEXE

Les six sages-femmes désigné(e)s par la Présidente du CNOSF sont :

- Madame Evelyne GUYON
- Monsieur Jean Baptiste HUGUET
- Madame Nargues KLEIN
- Madame Françoise LAMIRAND
- Madame Elisabeth MEUNIER
- Madame Marie-Bernadette MORENO

LETTRE JURIDIQUE

Les refus de soins opposés par les professionnels de santé aux patients



La sage-femme doit exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de porter secours à tout patient et elle ne saurait s'y dérober. Néanmoins, la sage-femme peut refuser la réalisation d'un acte médical si elle l'estime contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques, sous certaines conditions.

La loi tente d'encadrer ces refus qui ne peuvent être discriminatoires ou intervenir en cas d'urgence sans assurer une continuité des soins (art 225-1 et 225-1-1 du code pénal et R.4127-305 du code de la santé publique -CSP-).

Un refus de soins est discriminatoire lorsque le professionnel traite différemment un patient par rapport aux autres patients ou oppose un refus sur des motifs discriminatoires visés par le code pénal tels l'origine, la grossesse, l'orientation sexuelle, la situation économique du patient etc... Ainsi, l'article L.1110-3 CSP précise qu' "**Aucune personne**

ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins" et ajoute qu' "Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances."

Le code de déontologie rappelle également qu'une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité, tout en assurant la continuité des soins (art R.4127-328 CSP).

Ainsi la sage-femme peut refuser de pratiquer des soins sous réserve de :

- Absence d'urgence et respect des obligations d'assistance (ne pas contrevenir à l'obligation générale pour tout professionnel de santé de porter secours à toute personne en situation de détresse) ;
- Respect des devoirs d'humanité (par exemple rappelons que la sage-femme a l'obligation de prendre en charge la douleur de la patiente ; la sage-femme ne doit pas se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente) ;
- Ne pas nuire à la patiente ou à l'enfant (par exemple, la sage-femme ne peut mettre une patiente ou son enfant en situation de danger) ;
- Devoir informer sans délai la patiente de son refus ou de son impossibilité à continuer à la prendre en charge ;
- Prendre toutes les dispositions nécessaires pour que soit assurée la continuité des soins, avec transmission de toutes les informations nécessaires au professionnel de santé qui prendra son relai.

Il est à noter qu'il existe des cas où le refus de soins est prévu par la loi : le cas de la clause de conscience encadrée par l'article R.4127-328 CSP et plus spécifiquement en matière d'IVG par l'article L.2212-8 CSP, le cas du dépassement de compétence de la sage-femme ou encore le cas du refus de dispenser des soins demandés par la patiente qui ne seraient pas suffisamment validés sur le plan scientifique (art R.4127-313 et -314 CSP).

Outre ces cas de refus prévus par la réglementation, le refus de soins est envisagé largement et inclut aussi bien les refus explicites (directs) que les refus implicites (indirects).

Les refus de soins explicites sont manifestés directement par le professionnel. Cela peut se traduire par un refus de la part du professionnel de se déplacer, de recevoir un patient, de prescrire un traitement...

Les refus implicites sont plus difficiles à déceler car découlent d'un comportement du professionnel ne constituant pas un refus à proprement parler. Ils s'apparentent à des pratiques rendant le soin quasiment impossible en raison des obstacles que la patiente se voit opposer par le professionnel. Cela peut notamment se traduire par un refus de réorienter le patient vers une consœur, de dispenser des soins de mauvaise qualité en raison de l'identité de la patiente...Par ailleurs, certains refus implicites peuvent être à l'origine d'un renoncement aux soins de la part du patient (offre de soins dissuasive comme des honoraires ou des délais d'attente prohibitifs...).

Parmi ces deux catégories de refus, certains sont licites et d'autres non. Par exemple, refuser de recevoir un patient en raison de sa situation de bénéficiaire de la CMU complémentaire est un refus de soins illicite car discriminatoire, à l'inverse, le refus de le recevoir par manque de matériel nécessaire est licite, à condition de toujours assurer la continuité des soins.

Le recours des patients face à un refus de soins

L'article L.1110-3 CSP précise que *"Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte"*. **Un refus de soins illégal est donc constitutif d'une faute disciplinaire.**

Par ailleurs, de nombreux acteurs tels les associations d'usagers, le Défenseur des Droits, la Fédération des acteurs de santé ou encore les ARS, offrent aujourd'hui aux usagers des outils de signalement de refus de soins.

La création de Commissions auprès des Ordres médicaux :

La loi du 26 janvier 2016 a institué des commissions de refus de soins auprès de chaque ordre professionnel médical, chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins sur le territoire et d'émettre des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et améliorer l'information des patients (art L.4122-1 CSP).

La Commission de refus de soins auprès de l'Ordre des sages-femmes a entamé ses travaux depuis octobre 2017. Elle regroupe 7 sages-femmes (libérales, hospitalières et territoriales) nommé(e)s par la Présidente du Conseil national, 5 associations d'usagers et 2 organismes d'assurance maladie (CNAMTS et Fonds CMU). Le Défenseur des droits, non membre de ces commissions, est convié aux réunions.

La Commission travaille sur l'élaboration d'un rapport annuel qui sera remis au ministre chargé de la santé d'ici juin 2018 et qui sera rendu public par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes dans le délai d'un mois à compter de sa transmission au Ministre chargé de la santé.

Camille Houziaux et Sylvaine Coponat