

CIRCULAIRE

CIR-33/2008

Document consultable dans Médi@m

Date :

30/06/2008

Domaine(s) :

dossier client assurés

gestion de la relation clients

contentieux et affaires juridiques

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé

Liens :

cir-61/2005

Plan de classement :

P01-04 P09

P14-01

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CRAM

☐ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Actualisation de la notion de refus de soins. Nouvelles missions confiées aux conciliateurs pour le traitement en première intention des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou les professionnels de santé dans le cadre de la CMU complémentaire.

Mots clés :

CMUC ; réclamations ; professionnels de santé ; refus de soins; conciliation

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 33/2008

Date : 30/06/2008

Objet : Prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé

Affaire suivie par Raphaëlle VERNIOLLE (DDGOS / DREGL)- ☎ 01.72.60.25.89
Annie LALOUM (DIR / MC)- ☎ 01.72.60.19.81
Samuel LAURIER (DDO / DDSP / DPDSP)- ☎ 01.72.60.19.17

S'appuyant sur l'enquête réalisée au mois de juin 2006 par le Fonds de financement de la CMU, Monsieur Jean-François Chadelat a montré que des bénéficiaires de la CMU complémentaire éprouvent encore beaucoup de difficultés pour obtenir des soins ou des produits médicaux. Rappelons à cet égard que si le taux de refus de prise en charge a été évalué en moyenne à 4,8 % chez les généralistes, il était estimé à 41 % chez les spécialistes et à 39 % chez les dentistes.

Pour mémoire, le taux de bénéficiaires de la CMU C parmi les assurés du régime général était de 9,30 % à la même époque.

Au regard de ces résultats préoccupants, l'Assurance Maladie a décidé de se mobiliser pour mieux garantir l'accès aux soins et aux droits de cette population. Comme vous le savez, la lutte contre les inégalités en matière de santé a été définie comme un chantier prioritaire dans la convention d'objectifs et de gestion 2006/2009.

Un groupe de travail a été constitué au niveau national et un plan d'actions a été défini.

L'une des principales mesures, déjà adoptée, consiste à mieux détecter les situations à risque pour permettre d'engager les actions nécessaires au plan local.

Depuis la publication de la circulaire CNAMTS 61/2005 du 13/06/2005, un suivi des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire et des actions menées par les CPAM et CGSS a été organisé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

La remontée d'informations des caisses a été très inégale, peut-être à cause du manque d'efficacité des procédures proposées. Les dispositions décrites dans la circulaire précitée sont donc abrogées.

Les nouvelles procédures décrites ci-dessous ont pour objectif de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire mais aussi de suivre les réclamations portées par les professionnels de santé pour tenter d'éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins et favoriser la compréhension réciproque des droits et devoirs de chacune des parties.

Nous vous demandons de bien vouloir appliquer immédiatement ces nouvelles dispositions et de faire en sorte que ces actions demeurent ou deviennent un véritable enjeu pour tous les acteurs concernés de votre organisme.

I- DEFINITION DU CHAMP D'APPLICATION

1. Plaintes et signalements des bénéficiaires de la CMU complémentaire

1.1 Définition des refus de soins

Il faut entendre par refus de soins, **le refus de soins stricto sensu**, c'est-à-dire le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU complémentaire.

D'autres situations de conflit pourront être portées à la connaissance des caisses d'assurance maladie. Chacune nécessitera un examen au cas par cas et le déclenchement d'investigations complémentaires. Ce n'est qu'à travers un faisceau d'indices concordants que les caisses d'assurance maladie pourront estimer que le professionnel de santé ou l'établissement de santé ont pratiqué un refus de soins caractérisé.

Les situations susvisées peuvent être les suivantes :

- la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ;
- 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,
- le non respect des tarifs opposables (sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes « hors panier de soins » ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis) ;
- l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé ;
- le refus de dispense d'avance des frais ...

Attention : sur ce dernier point, il convient de préciser que l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 conditionne la prise en charge du ticket modérateur et le bénéfice de la dispense d'avance des frais au respect du parcours de soins. Un décret doit cependant fixer les modalités d'application de cet article. **Dans cette attente, ces nouvelles dispositions ne sont donc pas applicables et le bénéficiaire de la CMU complémentaire est donc toujours dispensé de faire l'avance des frais.** Dès la parution de ce décret d'application, seuls les refus de dispense d'avance des frais, à l'égard de bénéficiaires de la CMU complémentaire ayant respecté le parcours de soins, pourront être considérés comme des refus de soins. Dès lors, les caisses devront être encore plus vigilantes vis-à-vis des difficultés que peuvent éprouver certains bénéficiaires de la CMU complémentaire pour rechercher un médecin traitant.

1.2 Caractéristique de la plainte ou du signalement

- Toutes les réclamations, qu'elles soient écrites ou orales doivent être prises en compte selon les modalités décrites dans la partie II - 1. Néanmoins, il convient de rappeler que pour permettre le dépôt d'une plainte, les faits reprochés devront, dans le courant de la procédure, être consignés par écrit par le plaignant.
- L'auteur de la plainte ou du signalement est le plus souvent le bénéficiaire de la CMU complémentaire. Les associations, notamment celles engagées dans l'accès aux soins, pourront néanmoins alerter la caisse d'assurance maladie sur les situations de refus des soins portées à leur connaissance. Dans ce cas, une confirmation écrite sera ensuite sollicitée auprès du bénéficiaire concerné.
- Toutes les catégories de professionnels de santé peuvent être potentiellement visées, que ceux-ci exercent en médecine de ville ou en établissements de santé, ainsi que les établissements de santé et centres de santé.

1.3 Rappel sur les obligations des professionnels de santé et les sanctions applicables

- Le professionnel de santé qui refuse de délivrer des soins à un bénéficiaire de la CMU complémentaire contrevient à ses obligations déontologiques, et plus spécifiquement à l'obligation de non-discrimination.

En effet, aux termes du code de la déontologie médicale (alinéa 1^{er} de l'article 7), du code de la déontologie dentaire (article 8), et du code de la santé publique (article R. 4127-7) le professionnel de santé doit *« écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs 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... »*.

Le code de la santé publique précise également qu'« *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins* » (article L. 1110-3). Les termes de cet article ont été rappelés par la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité) dans ses délibérations du 6 novembre 2006 (n° 2006-232 à 234).

Le code pénal rappelle que constitue une discrimination « *... toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée...* » ([article 225-1](#)).

Si de telles infractions sont constatées, le directeur de la caisse d'assurance maladie mais aussi le bénéficiaire de la CMU C concerné peuvent déposer plainte auprès du Conseil Départemental de l'Ordre compétent en vue de la saisine de la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre.

NB : seules les personnes ou autorités expressément énumérées à l'article R. 4126-1 du code de la santé publique (modifié par le décret n° 2007-552 du 13 avril 2007) peuvent saisir directement la chambre disciplinaire (conseil national ou conseil départemental de l'ordre, ministre chargé de la santé, préfet du département, préfet de région ou directeur de l'ARH, procureur de la république du TGI, syndicat ou association de praticiens).

- Les refus de soins opposés par un médecin ou un dentiste sont également assimilables à des refus de vente sanctionnés sur la base du code de la consommation (articles L. 122-1 et R. 121-13). Les sanctions applicables sont des contraventions de cinquième classe, prescrites dans un délai d'un an.

2. Réclamations portées par les professionnels de santé

Pour mettre fin aux situations de refus de soins, il convient de prendre également en compte les réclamations portées par les professionnels de santé ou établissements de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

En effet, selon certains professionnels de santé, le bénéfice de la dispense d'avance des frais constitue un facteur déresponsabilisant pour l'assuré.

Exemples de griefs admissibles :

- retard injustifié aux rendez-vous,
- rendez-vous manqués et non annulés,
- traitements non suivis ou interrompus,
- exigences exorbitantes ...

Exemples de griefs exclus :

- Train de vie jugé incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMU complémentaire,
- Plus généralement, tous les faits portant atteinte au principe du secret médical...

Rappel :

- Article 226-13 du code pénal : *"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende"*.

- Article 4 du code de déontologie médicale : *"Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris"*.

- L'obligation au secret s'impose à toute personne amenée à connaître de l'état de santé du malade : le médecin, mais aussi les autres membres des professions de santé.

Pour éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins, il est demandé aux caisses de porter une attention particulière et de traiter en priorité les réclamations portées par les professionnels de santé relatives au remboursement des soins pratiqués avec dispense d'avance des frais.

II-TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

1. Rôle et missions du conciliateur

L'expérience des Caisses montre les difficultés pour évaluer le bien fondé de la plainte et recueillir la version des faits selon les deux parties.

C'est pourquoi, il a été décidé de confier le traitement de ces réclamations en première intention aux conciliateurs locaux, en conformité avec les objectifs définis dans la Convention d'objectifs et de gestion, qu'il s'agisse de plaintes des assurés ou des professionnels de santé. Cela signifie que les courriers, et autres formes écrites, ainsi que les signalements recueillis par la ligne d'accueil sont orientés vers le conciliateur, dès lors qu'ils concernent un problème de refus de soins pour des bénéficiaires de la CMU C ou des conséquences de leur accueil par les professionnels de santé.

Lorsque les faits sont communiqués par téléphone, les caisses doivent veiller à compléter systématiquement l'outil Medialog dans les conditions habituelles ou un support équivalent.

La mission du conciliateur comporte plusieurs étapes :

- *l'aide dans l'accès aux soins* des bénéficiaires de la CMU C, si nécessaire, en liaison avec le service social de l'Assurance Maladie ;
- *la recherche des éléments disponibles sur le suivi des professionnels de santé* (instructions à paraître) ;
- *le recueil de la version des faits selon chacune des deux parties*, dans le respect des principes de la médiation institutionnelle – neutralité, impartialité et indépendance, en annonçant aux deux parties les suites susceptibles d'être données. Le conciliateur doit donc prendre contact, de préférence sans tarder, par téléphone ou par entretien avec la partie qui fait l'objet de la réclamation, le plus souvent le professionnel de santé ;
- *la rédaction d'un rapport de conciliation*, à partir d'un rapport type (cf. en annexe 1 : une feuille pour les réclamations portées par les assurés et une feuille pour les réclamations portées par les professionnels de santé) prenant acte de la situation telle que reconnue par les deux parties. Ce rapport comporte la description des suites que le conciliateur envisage d'y donner. Seules les deux premières pages sont diffusées aux deux parties ;
- *les actions appropriées à chaque cas de figure – décrites supra – et leur suivi* lorsqu'elles ne sont pas du ressort du conciliateur ;
- *le suivi quantitatif et qualitatif* (cf. partie III – Modalités de suivi).

2. Traitement des plaintes et signalements des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Plusieurs cas peuvent se présenter :

- L'assuré reconnaît la situation telle que décrite par le professionnel de santé : la réclamation s'avère injustifiée (la version du professionnel de santé étant sensiblement différente quant à l'existence du refus de soins).

Le conciliateur en prend acte et fait part au professionnel de santé de l'abandon de la plainte, voire obtient des excuses du réclamant.

Le rapport, diffusé aux deux parties clôt l'affaire.

- Le professionnel de santé reconnaît la situation telle que décrite par l'assuré : le rapport de conciliation acte la nature de l'infraction commise par le professionnel de santé eu égard à la réglementation applicable (refus de rendez-vous, refus de dispense d'avance des frais, non respect des limites de prix et d'honoraires) ainsi que les explications fournies par le professionnel de santé. Il fait connaître au Directeur de la caisse ses propositions de suite à réserver à l'affaire.
- Les deux parties persistent dans une version différente : le rapport du conciliateur acte la divergence et fait connaître son avis et celui du service médical, s'il a été demandé, à son directeur.
- Le professionnel de santé ne reconnaît pas la situation et propose néanmoins de recevoir le bénéficiaire. Cette proposition est transmise à ce dernier qui décide ou non d'y donner suite.

Une mémoire de ces situations doit être conservée en cas de nouvelle plainte. Le support statistique en annexe 2 permet cette synthèse.

Dans ces trois derniers cas, le conciliateur doit envisager :

- la saisine de l'échelon local du service médical dès lors que le praticien lui indique que les éléments d'explications sont d'ordre médical. Dans ce cas, en parallèle de sa réponse au conciliateur, le professionnel de santé adresse le plus rapidement possible les informations ou argumentaire d'ordre médical à l'échelon local du service médical.
L'avis du service médical doit être transmis au conciliateur dans un délai maximum de 15 jours. Si les éléments d'ordre médical sont reconnus par le service médical, la plainte est classée sans suite. Dans le cas contraire, le conciliateur en avise les parties et le directeur de la caisse pour suites à donner.
- la saisine du service en charge des relations avec les professionnels de santé au niveau local si les justifications apportées sont d'ordre organisationnel, matériel, etc.
L'avis de ce service doit être transmis au conciliateur dans un délai maximum de 8 jours.
Le conciliateur notifie ensuite cet avis au professionnel ainsi que les actions pouvant en résulter.
- un rappel aux deux parties sur leurs obligations respectives lorsqu'il estime que l'examen de la réalité des faits ne permet pas de conclure à l'existence d'un refus de soins caractérisé.

Les suites possibles à l'encontre du professionnel de santé, mentionnées dans le rapport final au Directeur de la caisse (page 3), sont les suivantes :

- simple rappel des sanctions possibles (cf. paragraphe 1.3) ;
- annonce de la saisine du Conseil de l'Ordre, par le Directeur de la Caisse, si ce dernier estime être en présence d'un refus de soins caractérisé.

Par ailleurs, le conciliateur peut rappeler au bénéficiaire de la CMU complémentaire son droit de saisir, comme tout autre assuré social, la direction départementale de la concurrence et des prix, le conseil départemental de l'ordre professionnel ou la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité).

Attention : les procédures décrites doivent intervenir en dehors de toute sanction conventionnelle.

3. Traitement des réclamations portées par les professionnels de santé

- Lors de la plainte d'un professionnel de santé liée à des difficultés relationnelles avec un usager, le conciliateur adopte une démarche analogue et en cas de comportement inapproprié du patient :
 - il effectue par écrit les rappels à l'ordre
 - il s'assure que le patient est en situation de retrouver un autre intervenant pour les soins,

- il demande l'intervention du service social pour un suivi plus global.
- Lors de la plainte d'un professionnel de santé liée à la gestion de son dossier, le conciliateur saisit le service compétent au niveau local. Il assure un suivi de la réponse, afin que la réclamation soit traitée le plus rapidement possible et ce, pour éviter que le professionnel de santé ne soit dissuadé d'accueillir des populations en difficultés.

III- MODALITES DE SUIVI

Il est rappelé que les remontées statistiques prévues dans la circulaire CNAMTS 61/2005 du 13/06/2005 sont abandonnées au profit des modalités de suivi décrites ci-après.

1. Les données quantitatives

L'ensemble de ces nouvelles saisines du conciliateur est suivi exclusivement via le module « Réclamations - Conciliation » intégré dans la version 7.10 de Médialog.

Le module nécessite néanmoins des adaptations tant au niveau des motifs et sous motifs, que des causes et des suites données. Ces évolutions nécessaires ont été demandées. Vous serez tenu informés via Médi@m (Actualités Service et domaine CMU) dès que celles-ci seront intégrées et disponibles.

L'enregistrement et la mise en instance de ces réclamations nécessitent de votre part l'ouverture d'une boîte aux lettres « Conciliation » dans l'architecture fonctionnelle de Médialog et surtout dans le module Réclamations - Conciliation. Cela implique également que l'ensemble des conciliateurs ait accès à Médialog.

Le suivi quantitatif sera directement piloté par la CNAMTS au moyen de requêtes Quid qui seront aussi disponibles localement. Aucun tableau de suivi ne vous sera demandé.

2. Les données qualitatives

L'annexe 2 sur laquelle seront reportées les informations des rapports individuels est établie sur fichier Excel et doit donc permettre aux conciliateurs de réaliser un suivi statistique quantitatif et qualitatif.

Un bilan anonymisé de ces enregistrements doit être transmis régulièrement à la CNAMTS (boîte conciliation) pour déterminer la pertinence et l'efficacité des procédures mises en œuvre.

Les premières remontées sont attendues le 30 septembre 2008, le 31 décembre 2008 et ensuite semestriellement, soit le 30 juin et le 31 décembre de chaque année.

De même, une évaluation qualitative critique du dispositif devra être intégrée dans le rapport annuel d'activité que chaque conciliateur local est amené à présenter devant la commission chargée des relations avec les usagers ou le conseil de la caisse, et transmis à la CNAMTS – pour mémoire sur la messagerie « conciliation@cnamts.fr ».

NB : La circulaire 61/2005 du 13 juin 2005 est abrogée.