

PARTIE 1

Le refus de soins



Sous la direction de
Stéphane Brissy, maître de conférences à l'université de Nantes,
Anne Laude et Didier Tabuteau, codirecteurs de l'Institut Droit et Santé,
université Paris-Descartes

Membres du groupe de travail

Manon Bonnet, Aurélia Delhaye, Camille Parpex, Élise Ferré, Christèle Labre,
Elvire Savalle, Alizée Sultan, tous membres de l'Institut Droit et Santé.

Introduction

Le développement d'une politique de santé publique passe par la possibilité d'accéder facilement aux soins. Les comportements et pratiques de certains professionnels et établissements de santé peuvent cependant constituer un obstacle à la réalisation de cet objectif. La liberté laissée parfois aux acteurs du processus de soins peut conduire à des situations où une personne en demande de soins se voit opposer un refus de manière plus ou moins explicite.

Des études et des enquêtes ont notamment montré que certains médecins tendent à refuser leurs soins aux malades bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, essentiellement pour des raisons financières. Les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les malades peuvent cependant concerner d'autres catégories de personnes et les raisons d'un refus de soins peuvent être variées. L'analyse de ces situations, de leur licéité comme de leur légitimité, conduit à poser la question plus générale de l'égal accès aux soins. Une vue globale du dispositif juridique existant en matière de refus de soins doit permettre de déterminer si les règles de droit facilitent réellement l'accès aux soins. La question du refus de soins opposé au malade est en outre rarement abordée au sein des ouvrages juridiques, celui-ci étant généralement envisagé comme le refus du malade de se soigner.

La question du refus de soins ne reprend pas toute la thématique de l'accès aux soins. N'est envisagée ici que la relation entre un malade et un professionnel ou un établissement de santé. La question de l'influence des pouvoirs publics, notamment sur la possibilité de se soigner, est une question plus large à laquelle sont apportées des réponses très diverses et qui ne peut donner lieu qu'à une étude de plus grande ampleur.

Aussi la recherche ici exposée n'a-t-elle pour objet que les comportements ou pratiques d'un professionnel ou d'un établissement de santé qui empêchent un malade de bénéficier de ses services. Le refus de soins est envisagé largement et inclut aussi bien les refus explicites que les refus implicites, à savoir les pratiques rendant le soin quasiment impossible en raison des obstacles que le malade se voit opposer par le professionnel ou l'établissement. Il peut ainsi prendre la forme d'une dissuasion, notamment financière, conduisant à un renoncement de la part du malade : cette large appréhension insiste sur l'existence de comportements qui ont pour objet et/ou pour effet d'exclure certaines personnes de l'accès aux soins.

Par ailleurs, cette étude inclut les actes de prévention : en effet, alors que la politique de santé publique met de plus en plus l'accent sur la nécessité de la logique préventive, il n'est plus d'acteur qui ne saurait participer à la démarche de prévention. Aussi apparaît-il nécessaire de vérifier si le droit sanctionne le refus d'actes de prévention dans les mêmes cas et de la même manière que tout autre refus de soins, dès lors que ces refus sont considérés comme illicites.

Un dispositif juridique éclaté

Le droit positif n'est pas sans ressources face aux refus de soins mais ceux-ci prenant des formes nombreuses et obéissant à des motivations diverses, les réponses juridiques apportées multiples. L'encadrement juridique des refus de soins s'en trouve très morcelé, ceux-ci étant catégorisés et sanctionnés par des dispositions éparses, n'ayant ni le même objet ni la même source (Code pénal, Code de la santé publique, Code de la sécurité sociale, etc.). En résultent plusieurs inconvénients, notamment une difficile lisibilité du dispositif juridique, l'incohérence de certaines dispositions ou encore la multiplicité de juges compétents. Si des différences d'encadrement juridique peuvent se justifier — entre un médecin libéral et un établissement de santé par exemple —, le défaut principal du droit positif est peut-être de ne pas faire appel, pour les refus de soins, à un ensemble de règles orientées vers le même objectif de santé publique. C'est ainsi que les textes du Code pénal relatifs à l'omission de porter secours ne répondent pas aux mêmes finalités que les textes relatifs à la continuité des soins. Cette étude pose la question de la cohérence des règles juridiques relatives au refus de soins et de leur aptitude à faciliter l'accès aux soins, tout en prenant en compte les conditions dans lesquelles les professionnels et les établissements exercent leur activité.

Des impératifs divers à concilier

Tout refus de soins n'est pas illicite et pour cause : le droit positif ne consacre pas, au profit des malades, l'existence d'un droit aux soins opposable en toutes circonstances à tous les acteurs offrant des prestations de soins. L'accès aux soins n'est en effet pas le seul impératif pris en compte par le droit positif. La recherche d'un équilibre entre différents objectifs est particulièrement sensible dans la relation entre un médecin et un malade. Si l'activité d'un médecin s'exerce nécessairement avec la santé publique en point de mire⁵, cette même activité est également protégée par les principes de liberté thérapeutique et de liberté contractuelle. Plutôt envisagée comme un moyen pour le médecin de déterminer à son gré le contenu de sa prestation et du traitement donné aux patients⁶, la liberté thérapeutique implique aussi

5. Code de la santé publique (désormais CSP), art. R.4127-2.

6. G. Mémeteau, *Essai sur la liberté thérapeutique du médecin*, thèse, Poitiers, 1973. C'est aussi ce qui semble ressortir de l'article R.4127-8 du CSP.

la possibilité pour le médecin de ne pas accepter tout patient se présentant à lui lorsque ce dernier n'est pas en péril⁷. L'article R.4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique affirme ainsi que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». Les dispositions du Code de la santé publique relatives à la déontologie du médecin traitent d'ailleurs plus des relations déjà établies entre le médecin et ses patients que des devoirs du médecin envers les personnes en demande de soins.

En outre l'existence de devoirs du médecin, bien qu'essentielle, n'en est pas moins révélatrice d'une logique de conciliation entre la liberté du médecin et ses obligations. Les règles organisant les relations entre médecins et malades sont davantage fondées sur l'équilibre entre liberté et obligations que sur un droit absolu aux soins au profit des malades. Bien que nombreuses, les obligations du médecin ont surtout valeur de restriction à caractère exceptionnel qui, en tant que telles, disposent d'un rayon d'action limité à celui que leur donnent les textes. Dans la formulation de l'article R.4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique, le droit de refus a plus le statut d'une possibilité encadrée pour le médecin que d'une véritable exception. Faut-il alors renverser la logique et affirmer l'existence d'un droit des malades à obtenir des soins, droit qui serait opposable à tout professionnel et établissement de santé ?

L'émergence d'un régime unique fondé sur le droit aux soins ?

Lorsque le droit sanctionne le refus de soins comme le manquement d'un professionnel à ses obligations, il semble concentrer son attention sur le professionnel, sa situation et son comportement, au détriment de la victime et des conséquences qui en résultent pour elle. L'existence d'un droit aux soins impliquerait une plus grande considération envers la situation du malade ayant subi un refus de soins.

Il n'en reste pas moins que certaines règles aboutissent déjà à une protection des victimes de refus de soins jugés abusifs. La jurisprudence intervient parfois pour tirer de certains devoirs généraux du médecin l'obligation, dans certaines circonstances, d'apporter des soins à un malade. Affirmer un droit aux soins ne devrait en outre pas conduire à occulter les différences d'activité entre les professionnels concernés et entre les professionnels et les établissements. Il conviendrait également de se demander si un tel droit serait opposable à tous les acteurs, voire aux pouvoirs publics.

Se pose aussi la question de savoir s'il serait juridiquement opportun de créer un régime unifié des règles relatives au refus de soins, fait de dispositions regroupées dans le Code de la santé publique et dont le respect serait toujours vérifié par le même juge.

7. CSP, article R.4127-9.

Compte tenu de la multiplicité des formes et des motifs des refus de soins, il apparaît difficile d'apporter une réponse identique à tous — qu'ont en commun un refus discriminatoire et un refus lié au devoir d'économie du médecin vis-à-vis de la Sécurité sociale? La multiplicité des situations n'appellerait-elle pas des réponses diversifiées?

Pour mesurer la variété des cas de refus de soins, et mieux cerner ce que recouvre l'expression au sens des auteurs du rapport, il convient d'en présenter une typologie destinée à déterminer concrètement l'ampleur des pratiques de refus de soins, leurs formes et leurs motifs: refus de soins explicites ou implicites, refus de soins dissimulés par les professionnels, provoqués par la réglementation ou même imposés par le droit. Suivra une étude des différentes règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations: la qualification juridique de ces situations, leurs fondements ainsi que les sanctions attachées aux refus illicites, seront analysés dans la perspective de déterminer si, dans la diversité des règles de droit, se trouvent des réponses suffisamment nombreuses et adaptées au phénomène du refus de soins.

Section 1. **Typologie des cas de refus de soins**

Le refus de soins doit s'entendre, de façon large, pour tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à la situation du patient. Ainsi, ce sont aussi bien les comportements des médecins que ceux d'autres professionnels de santé, tels les pharmaciens et les auxiliaires médicaux, qui ont été examinés. De même, la notion de soins est entendue largement, puisqu'elle inclut les soins proprement dits, tout comme les actes de prévention. La liste qui suit a été élaborée à partir de cas réels — rencontrés en jurisprudence ou dans des études diverses — et de cas envisageables de refus de soins.

Deux questions majeures se sont posées:

- Quelles sont les pratiques des professionnels qui peuvent s'analyser comme refus de soins?
- Quels sont les motifs pouvant conduire un professionnel de santé à refuser de prodiguer des soins à un patient?

I. Comportements pouvant s'assimiler à des refus de soins

Le refus de soins peut se manifester selon un mode *direct et explicite* (A) ou être une conséquence, *indirecte et implicite* (B), d'un comportement ne constituant pas un refus à proprement parler.

Quant aux auteurs de refus de soins, ils peuvent être des professionnels de santé mais aussi des établissements de santé.

A. Refus explicites directs

1) Professionnels de santé

a) Médecins

– Refus de se déplacer/d’agir face à une situation d’urgence ou renvoi vers le 15:

- Refus d’un médecin de garde de se déplacer aux urgences, alors que l’état de la patiente le justifie (Conseil national de l’Ordre des médecins [CNOM], 6 avril 1976).
- Un anesthésiste et un chirurgien qui refusent de se déplacer après une intervention alors que la patiente fait une hémorragie (CNOM, 24 mars 1988).
- Médecin refusant de se déplacer et même de parler au téléphone avec le mari de la patiente, lui-même médecin, alors que la situation est urgente (CNOM, 4 février 1998).
- Médecin jugeant inutile de réanimer un patient considérant qu’il est mort (Chambre criminelle de la Cour de cassation [Cass. crim.], 3 février 1993, n° 92-83526).

– Refus de recevoir un patient :

- Médecin qui ne rappelle pas un patient CMU ayant tenté plusieurs fois de le joindre en laissant des messages téléphoniques⁸.
- Médecin prétextant une indisponibilité pour refuser un rendez-vous, mais devenu disponible pour un patient non CMU quelques instants après.

– Patient ayant obtenu une consultation qui reste sans suite :

- Refus de prescrire un médicament ou de proposer un traitement nécessaire et adapté.
- Refus de poursuivre la prise en charge sans avoir assuré préalablement la continuité des soins.

b) Auxiliaires médicaux

– Refus de poursuivre la prise en charge sans assurer la continuité des soins :

- Ainsi d’une infirmière qui abandonne brutalement les soins qu’elle dispensait à une patiente souffrant d’une pathologie très lourde, sans prévenir et sans fournir la liste d’autres infirmiers (CNOM, 8 mars 2006).

8. C. Desprès (dir.), *Le refus de soins à l’égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d’un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*, rapport final de l’Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), juillet 2009, étude commentée et financée par le fonds CMU, < <http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF> >.

c) Pharmaciens/vendeurs de dispositifs médicaux

- Refus de délivrer un médicament ou un traitement nécessaire et adapté :
 - Par exemple, un pharmacien qui refuserait de délivrer une pilule contraceptive, sur présentation d'une prescription médicale régulière, sans motif légitime (Cour d'appel [CA] Bordeaux, 13 janvier 1998, 1998-041359 ; Cour européenne des droits de l'homme [CEDH], 2 octobre 2001, req. n° 49853/99, *aff. Pichon et Sajours c/France*).
- Refus de vente opposé par un distributeur de dispositifs médicaux⁹.

2) Établissements de santé

- Refus d'accueillir un malade.
- Impossibilité de fournir un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement.
- Refus de prolonger le séjour d'un patient au sein d'un service ou d'un établissement pour des raisons organisationnelles alors que son état le justifierait.
- Refus de soigner la douleur d'un patient.

B. Refus implicites indirects

- Refus de diriger vers un confrère compétent :
 - Refus d'un médecin de rediriger vers un autre professionnel de santé ayant la compétence requise.
- Utilisation consciente de traitements inefficaces et illusoire :
 - Médecin qui se contente de prescrire un traitement d'acupuncture et d'homéopathie, en lieu et place d'une chirurgie, à une patiente atteinte d'un kyste ovarien (CNOM, 21 juin 1995).
 - Médecin adepte du mouvement du Graal¹⁰ ayant incité une patiente atteinte d'une tumeur cancéreuse du sein à renoncer à une chimiothérapie, seul traitement qui s'imposait au stade de sa maladie (Cass. crim., 6 mai 1997, n° 97-81013).
- Médecin qui dispense des soins de mauvaise qualité :
 - Dentiste qui dispenserait volontairement des soins dentaires superficiels à un patient atteint du VIH ou de l'hépatite C, de peur d'une éventuelle contamination.

9. Circulaire DSS n° 81/2001 du 12 février 2001 relative aux refus de soins opposés à des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire) ainsi qu'aux infractions constatées aux dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 relatifs aux conditions de prise en charge et aux prix applicables aux bénéficiaires de cette protection en matière de prothèses dentaires, d'orthodontie et de dispositifs médicaux, < <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-13/a0130912.htm> >.

10. Organisation répertoriée comme une secte dans le Rapport n° 2468 de décembre 1995 et n° 1687 de la commission parlementaire du 10 juin 1999 : « le mouvement du Graal [...] proscrie l'allopathie, les vaccinations et les interventions chirurgicales. Ses membres, des médecins prétendus homéopathes, animés de la foi en la réincarnation, soignent en effet leurs patients pour la vie future, plutôt que pour la vie actuelle, cette dernière pouvant être sacrifiée dans le but d'une existence meilleure après la mort » (Rapport n° 1687).

– Acceptation d'un patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle :

Ces pratiques sont dénommées dans l'étude de l'IRDES le « oui réduit¹¹ ».

- Acceptation d'un patient à des horaires tardifs ;
- Médecin spécialisé qui se contenterait de dispenser des soins de base ;
- Acceptation d'un patient mais seulement en consultation libre (c'est-à-dire sans prise de rendez-vous) ;
- Rendez-vous donné sous réserve de l'application d'un dépassement d'honoraires ;
- Patient accepté sous réserve qu'il soit inscrit dans le parcours de soins, c'est-à-dire qu'il ait un médecin traitant ;
- Patient accepté sous réserve de la présentation de sa carte Vitale, des papiers nécessaires, voire d'une enveloppe timbrée.

– Délais d'attente prohibitifs :

- Admission différée dans un établissement de santé.
- Rendez-vous accordé avec plusieurs mois d'attente.

– Refus de moyens de paiement :

- Refus opposé avant la dispensation des soins par un médecin ou un pharmacien conduisant à un renoncement aux soins du patient.

– Absence du dispositif carte Vitale conduisant à un renoncement aux soins du patient.

– Exigences administratives :

- Tentative de découragement *via* des questions administratives complexes (par exemple sur la caisse d'affiliation)¹².

– Refus de coopérer à la permanence de l'accès aux soins et/ou aux médicaments :

- Un pharmacien ne signalant pas à sa clientèle les noms et adresses des pharmacies régulièrement ouvertes lors de la fermeture de la sienne (Conseil national de l'Ordre des pharmaciens [CNOP], 30 juin 1986).

– Offre de soins dissuasive :

- Dépassement excessif d'honoraires par un médecin, qui conduirait à un renoncement aux soins du patient ;
- Inapplication du tiers payant ;
- Comportement du médecin (attitude méprisante, humiliante) ;
- Prise de rendez-vous « à titre exceptionnel » par un médecin, qui refuse de ce fait de s'inscrire dans la continuité des soins ;
- Propos mettant en avant l'aspect charitable de la prise en charge.

11. C. Desprès (dir.), *op. cit.*, p. 51.

12. Coordination Mission France, « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », Dr X, Lyon, 2 février 2006 : *testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'État dans 10 villes de France*, Paris, Médecins du Monde, octobre 2006, < www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../1941/.../Enquête_CMU_AME.pdf >.

- Insuffisance de l’offre de soins d’un établissement de santé :
 - Une clinique qui n’a pas été en mesure de fournir un anesthésiste pour intervenir lors d’une interruption volontaire de grossesse (IVG), le seul en poste ayant opposé sa clause de conscience (CA Poitiers, 23 novembre 2004, n° 02/03216).
 - Une clinique qui n’a pas été en mesure de fournir les services d’un gynécologue obstétricien à une patiente sur le point d’accoucher, le praticien sollicité ayant refusé de se déplacer, et s’étant contenté de prescrire un traitement destiné à retarder l’accouchement (Cass. crim., 2 avril 1992, n° 90-87579).
 - Un dispensaire fournissant habituellement les services d’un dentiste, et qui n’assure pas la permanence des soins en raison d’une grève, en opposant le manque d’urgence des soins (Conseil d’État [CE], 6 juillet 1984, n° 48616).
 - Absence de moyens d’accueil suffisants dans l’établissement de santé qui n’assure pas le transfert vers un autre établissement.
- Refus par un établissement de santé d’accepter le patient dans le service adéquat.
- Refus de prendre la qualité de médecin traitant.

II. Les motifs pouvant conduire à un refus de soins

A. Motifs liés à la personne du patient

- Refus lié au comportement du patient :
 - Il ressort du testing réalisé en 2006 par l’IRDES que 39,1 %¹³ des dentistes interrogés dans six villes du Val-de-Marne — ce chiffre est de 31,6 % pour Paris en 2009¹⁴ — refusaient de soigner les bénéficiaires de la CMU notamment pour des motifs liés au comportement de ces derniers, parmi lesquels :
 - l’éventuelle agressivité ;
 - le manque de régularité aux rendez-vous, sans prévenir le professionnel concerné ;
 - le retard aux rendez-vous (CNOM, 16 décembre 2004).
- Refus lié à la situation économique du patient :
 - Ces refus sont principalement opposés aux bénéficiaires de la CMU ou de l’aide médicale de l’État (AME) : une enquête du Collectif

13. C. Desprès, M. Naiditch, Délégation interministérielle à l’économie sociale (DIES), *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l’égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire : une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, Paris, La Documentation française, mai 2006, p. 4, < <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000521/0000.pdf> > ; voir aussi C. Desprès (dir.), *Le refus de soins à l’égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris...*, *op. cit.*, p. 7.

14. C. Desprès (dir.), *op. cit.*, p. 42 et 69.

interassociatif sur la santé¹⁵ relève notamment que 22 % des médecins spécialistes de secteur II refusent de prendre en charge les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). De plus, il ressort de l'étude spécifique au Val-de-Marne réalisée en 2006 à la demande du fonds CMU¹⁶ que 39,1 % des dentistes interrogés refusaient de soigner les bénéficiaires de la CMU. Les motifs avancés sont variés :

- non-solvabilité du patient,
- difficulté d'obtenir le remboursement des honoraires par l'assurance-maladie,
- difficultés d'ordre comptable¹⁷,
- refus de soigner un patient qui ne paraît pas en grande précarité alors qu'il est bénéficiaire de la CMU¹⁸.

- En outre, il ressort d'une étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2008 que la majorité des refus opposés aux patients bénéficiaires de l'AME proviennent de médecins généralistes ou de pharmaciens, alors que les refus opposés aux bénéficiaires de la CMU proviennent plus généralement de médecins spécialistes et de dentistes¹⁹.
- Refus opposé aux patients bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite : cas d'un médecin qui a refusé de procéder à l'examen cardiologique requis pour un enfant bénéficiaire de cette protection, la procédure de paiement de ses honoraires par le département étant jugée trop lourde et trop complexe par ce médecin (CNOM, 10 mai 2001).

– Refus lié à la condition sociale du patient :

- Refus de prodiguer des soins à un prisonnier (CEDH, 15 février 2002, *aff. Mathew c/Pays-Bas* ; 29 avril 2003, *aff. Mc Glinchez et autres c/UK* ; 12 juillet 2007, *aff. Testa c/Croatie* ; 10 juillet 2007, *aff. Paladi c/Moldavie* ; 30 juin 2009, *aff. Viorel Burzo c/Roumanie*).
- Refus de recevoir des patients de condition sociale modeste : « plus la clientèle du praticien est aisée, plus il peut craindre l'effet "repoussoir" de la venue dans la salle d'attente de personnes de classes sociales différentes (coût "social")²⁰. »

15. *Action contre les refus de soins* : dossier de presse, étude du CISS associé à la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH, association des accidentés de la vie) et à l'Union nationale des associations familiales (UNAF), 25 mai 2009, p. 25, < http://www.leciss.org/sites/default/files/090525_DP_CiSS-ActionRefusSoins_Bd Planches.pdf >.

16. C. Desprès, M. Naiditch, *op. cit.*

17. S. Softic, A. Fontaine, *Constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France : rapport d'enquête*, Paris, Médecins du monde, 2009.

18. J.-F. Chadelat, *Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités : les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Paris, La Documentation française, novembre 2006, < <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000895/0000.pdf> >.

19. B. Boisguérin, B. Hauray (dir.), « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et résultats*, n° 645, juillet 2008.

20. C. Desprès (dir.), *op. cit.*, p. 44-45.

- Refus lié à l'état de santé du patient :
 - Refus fondé sur l'existence d'une pathologie chez le patient (VIH, VHB, VHC) faisant naître la crainte d'une contamination.
 - Absence ou limitation de diagnostic à l'égard d'une personne en raison de son âge.
 - Problématique des soins palliatifs : lorsque la décision est prise de cesser les soins curatifs pour commencer les soins palliatifs en l'absence de demande du malade ou contre sa volonté.
 - Problématique de l'acharnement thérapeutique : un médecin qui continuerait à dispenser des soins curatifs à un patient sans aucun espoir de guérison ne se rendrait-il pas coupable d'un refus de soins palliatifs, ou du moins de l'administration de soins non conformes à la volonté du patient ?
- Refus lié à l'orientation sexuelle du patient :
 - Refus d'inséminer une homosexuelle (Cour suprême de Californie, 2 décembre 2005, *aff. Guadalupe Benitez*).

B. Motifs non liés à la personne du patient

- Refus de coopération entre professionnels de santé pour cause de mésentente :
 - Situation conflictuelle entre deux anesthésistes (CNOM, 25 janvier 2001).
 - Condamnation d'un dentiste qui, prévoyant de confier une intervention délicate à un de ses confrères, a détruit la lettre écrite à cette fin suite à un vif échange verbal entre eux (CA Paris, 29 avril 1988, *Juris-Data n° 1988-022109*).
 - Condamnation d'un anesthésiste après interruption en plein accouchement d'une péridurale à la suite d'une altercation avec l'obstétricien (CA Aix-en-Provence, 28 février 2006, n° 03-04942).
- Refus lié à un défaut de document administratif :
 - Refus d'examiner un patient hébergé en maison de retraite tant que le dossier médical et administratif de l'intéressé n'est pas communiqué au praticien (CNOM, 25 juin 2003).
 - Refus de prise en charge par un centre hospitalier pour non-présentation des documents administratifs nécessaires. Dans un arrêt du 9 juin 1998, un centre hospitalier a été condamné pour avoir différé l'hospitalisation d'une patiente algérienne, présentant des maux de têtes persistants et des troubles de la vision, jusqu'à ce que cette dernière soit en mesure de présenter une attestation de prise en charge des frais médicaux par les organismes de sécurité sociale algériens. Il a été jugé en l'espèce que ce comportement contrevenait clairement aux dispositions de l'article 4 du décret du 14 janvier 1974 relatif au fonctionnement des centres hospitaliers, lequel dispose que « si l'état d'un malade réclame des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais seront

remboursés » (Cour administrative d'appel [CAA], Paris, 9 juin 1998, 95PA03525).

- Refus lié à la situation géographique du patient :
 - Refus de prendre en charge un patient parce qu'il ne se trouve pas dans le secteur de garde du médecin (CNOM, 12 juin 1997).
- Refus lié à la personne ou à l'activité du médecin :
 - Médecin en grève (CE, 6 juillet 1984, n° 48616).
 - Patientèle surchargée (notamment les ophtalmologues et gynécologues parisiens en secteur I, ainsi que les gynécologues en secteur II²¹).
 - Départ à la retraite, limitation de l'activité ou réorientation professionnelle du médecin.
 - Praticien ne recevant que sur recommandations d'un confrère.
 - Inaptitude du professionnel de santé dans le domaine concerné.
- Refus pour raisons économiques :
 - Refus de prescrire pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie (CE, 26 février 2007, n° 297084) et/ou préserver ses ressources.
 - Médecin ou établissement de santé ne faisant pas bénéficier une personne âgée, à l'espérance de vie faible, d'une thérapeutique coûteuse.
- Refus lié à des événements extérieurs indépendants de la volonté du médecin :
 - Mauvaises conditions météorologiques : dans un arrêt du 4 février 1998, la Cour de cassation a condamné pour non-assistance à personne en péril un médecin de garde qui avait refusé de se déplacer en raison de fortes chutes de neige alors même qu'il n'ignorait pas l'état de santé préoccupant de l'enfant (Cass. crim., 4 février 1998, n° 96-81425).
 - Climat d'insécurité (émeutes) entraînant le refus de se déplacer du médecin.
- Refus lié à l'opposition d'une clause de conscience du professionnel :
 - Refus de pratiquer une IVG.

Section 2. Analyse juridique du refus de soins

La qualification juridique des différentes hypothèses de refus de soins envisageables est une étape fondamentale dans l'analyse de l'état du droit en la matière.

Cette analyse contribuera à préciser l'impératif qui prévaut aujourd'hui en droit français, entre la possibilité pour le professionnel de ne pas prendre en charge un patient dans certaines conditions, et le droit pour toute personne d'accéder aux soins. Elle sera éclairée par des références aux dispositions juridiques applicables dans d'autres pays.

21. C. Desprès (dir.), *op. cit.*, p. 52.

La première dichotomie pertinente consiste à différencier les refus de soins licites des refus de soins illicites : s'il arrive que, dans certaines circonstances, le professionnel soit dans l'obligation de soigner, et que son refus de le faire, alors illicite, soit de ce fait sanctionnable, dans d'autres cas, il dispose d'une faculté de refus ou se voit même imposer une obligation de ne pas intervenir. Les raisons à l'origine de ce traitement différencié du refus de soins seront l'objet des développements qui vont suivre.

I. Le refus de soins licite

A. La faculté du professionnel de refuser la prise en charge d'un patient

Il est admis que le professionnel de santé libéral dispose d'une marge de « liberté » dans le choix de ses patients, liberté qui répondrait à celle dont dispose le malade pour choisir son praticien et, dans certaines limites, son établissement de santé. On peut y voir l'une des conséquences de la liberté contractuelle, applicable aux relations entre un malade et un professionnel libéral.

Le professionnel de santé dispose de la faculté de refuser de prendre en charge certains patients mais sous certaines conditions : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles²². » L'article L.1110-3 du Code de la santé publique a repris cette disposition pour préciser que l'interdiction des refus de soins discriminatoires ne fait pas obstacle à un refus dès lors que les conditions énoncées ci-dessus sont réunies. Une disposition similaire existe pour les chirurgiens dentistes²³. Dans tous les cas, il faut que le refus du praticien soit justifié par des raisons professionnelles ou personnelles, termes qui laissent d'importantes possibilités. La principale limite semble être celle de l'urgence mais nous verrons qu'il en existe d'autres. De plus, la faculté dont dispose le médecin n'est pas absolue et la limite de l'abus de droit s'applique à tout refus qui manifesterait une légèreté blâmable de la part du médecin.

Le refus de soins du médecin libéral est fondé sur la *relation contractuelle* qui l'unit à son patient et qui lui confère une large autonomie dans le choix de ses patients, sous réserve du respect de ses obligations déontologiques. La situation est différente de certaines pratiques étrangères : aux États-Unis, si le fait que la relation entre le médecin (libéral) et le patient est contractuelle a pour conséquence que le praticien ne peut se voir contraint à contracter,

22. CSP, article R.4127-47, alinéa 2.

23. CSP, article R.4127-232.