

OBSERVATOIRE DU CISS Sur Les Droits Des Malades 2014

SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS





OBSERVATOIRE DU CISS
Sur Les Droits
Des Malades 2014
SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS



Sommaire



ÉDITO	p/4
PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS	p/6
OBSERVATION DES PROBLÉMATIQUES EXPRIMÉES PAR LES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS	p/10
I. LES DROITS DES MALADES DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ	p/14
A. La responsabilité médicale en cas d'accidents, d'infections nosocomiales ou d'affections iatrogènes : contentieux et conciliation	p/17
B. La représentation des usagers ou de l'exercice du droit collectif	p/20
C. Les droits des usagers face aux pratiques tarifaires des professionnels de santé	p/22
D. Les droits des malades en fin de vie	p/25
II. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS	p/28
A. La prise en charge des soins par les régimes obligatoires : quand la complexité des règles de forclusion et de prescription génère de la dette hospitalière	p/29
B. L'accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale	p/31
C. Les usagers de Santé Info Droits face au tiers payant généralisé (enquête-flash de Santé Info Droits 2014)	p/33
III. LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ	p/40
IV. ACCÈS À L'EMPRUNT ET ASSURANCES	p/48
V. SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL	p/56
VI. SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE	p/64
VII. AUTRES THÉMATIQUES DE SOLLICITATIONS	p/70
ANNEXE : STATISTIQUES RELATIVES À L'ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS	p/76



édito



Danièle DESCLERC-DULAC
Présidente du CISS

L'approche du système par les cas spécifiques

Avec près de 8500 sollicitations traitées en 2014, Santé Info Droits touche un éventail disparate de situations concrètes posant des interrogations et questionnements d'ordre juridique et social en lien avec l'état de santé des personnes. La notion de « droits des malades », dans son acception large, couvre en effet des champs d'application très étendus :

- les droits des personnes dans leur rapport aux établissements et aux professionnels de santé,
- les droits des personnes en tant qu'assurés sociaux,
- les droits des personnes en tant que citoyens confrontés à la maladie dans tous les environnements et contextes du quotidien (au travail, dans les relations familiales, dans les relations sociales et économiques...),
- etc...

C'est par l'analyse de l'ensemble de ces aspects, abordés au

travers des milliers de demandes auxquelles a répondu l'équipe de Santé Info Droits, que nous sommes en mesure d'apporter un panorama particulièrement varié de l'état d'application des droits des malades en France. De cette variété émerge notre capacité à débusquer des anomalies du système de santé jusqu'alors restées inconnues du plus grand nombre, au grand dam des personnes concernées. Car c'est bien là toute la difficulté des personnes confrontées à des situations inégalitaires et discriminatoires mais aussi marginales : elles échappent à la solidarité dans l'indifférence générale. Une qualité remarquable de notre Observatoire des droits des malades réside ainsi dans cette faculté à pointer les failles du système qui, bien qu'universel et solidaire, comporte des lacunes restées souvent dans l'ombre de la pratique majoritaire.

Deux exemples issus des cas concrets exposés dans les demandes reçues par Santé Info Droits en 2014 :

- Une incohérence des textes peut conduire les assurés sociaux à être redevables de dettes de plusieurs milliers d'euros après une hospitalisation, parce que l'établissement tarde trop à se faire payer par la Sécurité sociale et qu'il décide donc ensuite d'obtenir le règlement de sa créance directement auprès de l'usager (cf. le détail de notre analyse sur le sujet en page 29-30 de ce rapport).
- L'utilisation des « tarifs journaliers de prestation » (TJP) pour le calcul du ticket modérateur lors d'une hospitalisation ne faisant pas l'objet d'une forfaitisation ou d'une dispense de celui-ci. C'est en effet grâce à des appels reçus sur Santé Info Droits que nous avons découvert cette subtilité de la tarification hospitalière créant, de façon aléatoire en fonction du tarif spécifique à chaque établissement de santé public ou privé sans but lucratif, des situations dans lesquelles les usagers peuvent se voir facturer plusieurs milliers d'euros non pris en charge par la Sécurité sociale. Ce qui nous a amené à enquêter ensuite plus finement sur le sujet, dans le cadre de notre Observatoire citoyen sur les restes à charge en santé, pour comprendre les mécanismes et les enjeux du TJP afin de proposer des pistes de correction de ce qui nous apparaît comme une aberration du système, s'abattant de façon injuste et disproportionnée sur certains usagers isolés qui se trouvent alors dans l'incapacité de s'y opposer. Les constats et conclusions de notre étude ont ainsi pu être rendus publics

en juin 2014 (www.leciss.org/espace-presse/communiqués-de-presse/hospitalisation-des-restes-à-charge-imprévisibles).

Des enseignements similaires, en termes de précision et de technicité, se retrouvent dans tous les domaines liés aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur lesquels est sollicitée l'équipe de Santé Info Droits. D'où l'importance pour le Collectif Interassociatif Sur la Santé de disposer de cette plateforme, d'abord pour être en mesure de répondre individuellement aux interrogations des malades quant aux implications juridiques et sociales de leur état de santé et de leur prise en charge, mais aussi pour apporter une source de connaissance du terrain et des difficultés auxquelles sont effectivement confrontées les personnes, de façon complémentaire à ce dont on dispose via les réseaux de nos associations membres et des CISS en région.

Santé Info Droits voit, année après année, conforter sa place essentielle dans le fonctionnement du Collectif Interassociatif Sur la Santé, et au-delà, au sein même du système de santé, comme un dispositif clé parmi ceux qui font que la démocratie sanitaire n'est pas qu'un concept... en tout cas en matière de mise en œuvre des droits des malades.

Présentation et Activité de Santé Info Droits



Santé Info Droits est un service d'information juridique et sociale et d'orientation à disposition des personnes malades ou en situation de handicap, mais également des représentants d'usagers, des intervenants associatifs, des travailleurs sociaux ainsi que des professionnels de santé.

Créé par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) en 2006, dans un but de promotion, de respect et d'amélioration des droits des usagers du système de santé et des assurés sociaux, ce dispositif a pour vocation en premier lieu de répondre aux interrogations individuelles des usagers du système de santé.

Cette action d'information consacrée aux droits des malades se décline grâce à deux outils complémentaires :

- Un service téléphonique accessible tous les après-midis : les lundi, mercredi et vendredi, de 14h à 18h, et les mardi et jeudi, de 14h à 20h. La ligne peut être contactée en appelant

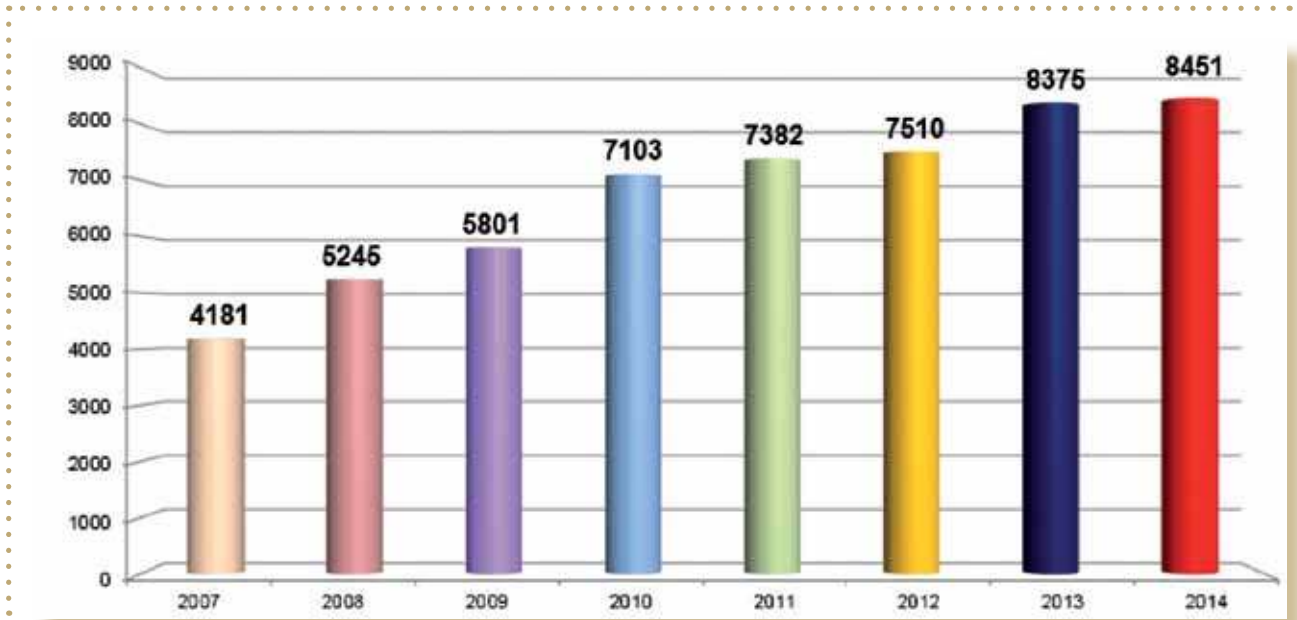
le **0810.004.333** (numéro Azur - tarif selon opérateur) ou au **01.53.62.40.30** (prix d'une communication normale)

- Un service de réponse par courriel grâce auquel les internautes peuvent bénéficier d'une réponse à leurs interrogations dans un délai maximum de 8 jours via les sites Internet du CISS : www.leciss.org et www.66millionsdimpatients.org

L'équipe d'écouterants est composée de professionnels juristes, avocats ou travailleurs sociaux. Ils interviennent à temps partiel, généralement en complément d'une activité professionnelle principale enrichissant ainsi la ligne de la diversité de leurs compétences, expertises et expériences. Ils bénéficient régulièrement de formations initiale et continue à l'écoute ainsi que des formations thématiques sur des sujets techniques rencontrés sur la ligne.

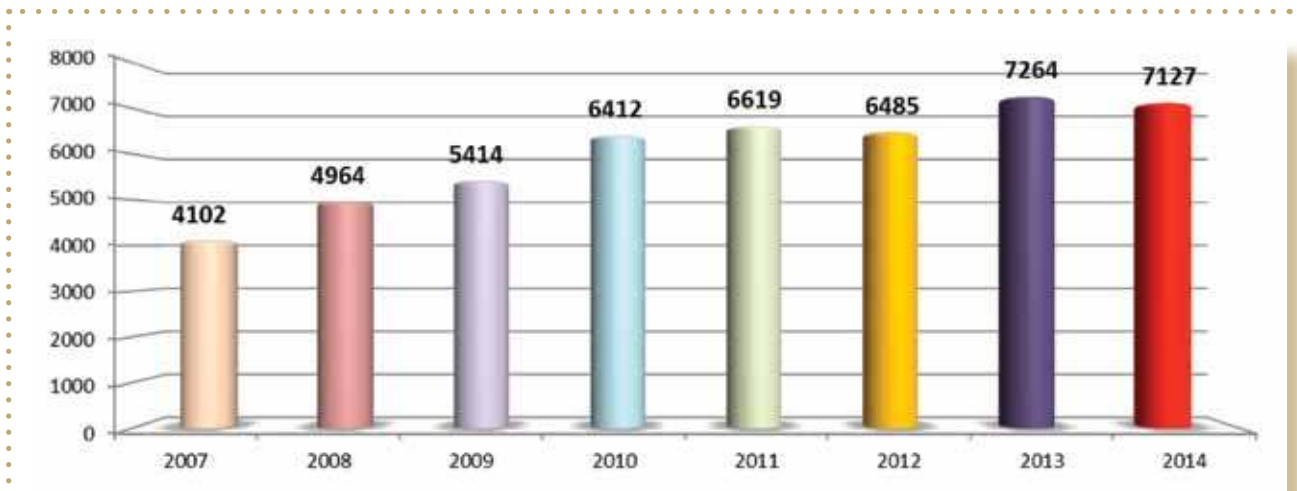
Avec 8451 sollicitations traitées, Santé Info Droits a connu en 2014 une augmentation de 0,9 % de son activité globale, concrétisant ainsi une 7^{ème} année de progression consécutive.

Nombre de sollicitations traitées 2007-2014 (appels + courriels)



Cette évolution trouve cependant une traduction différente selon le mode de contact utilisé par nos interlocuteurs. Ainsi, à un très léger recul du nombre d'appels téléphoniques traités (-1,9%), répond une hausse significative du nombre de courriels reçus.

Nombre d'appels téléphoniques traités 2007-2014



La durée moyenne de ces entretiens téléphoniques reste supérieure à 15 minutes.

En 2014, 15 écoutants sont intervenus dans le cadre de permanences de Santé Info Droits :



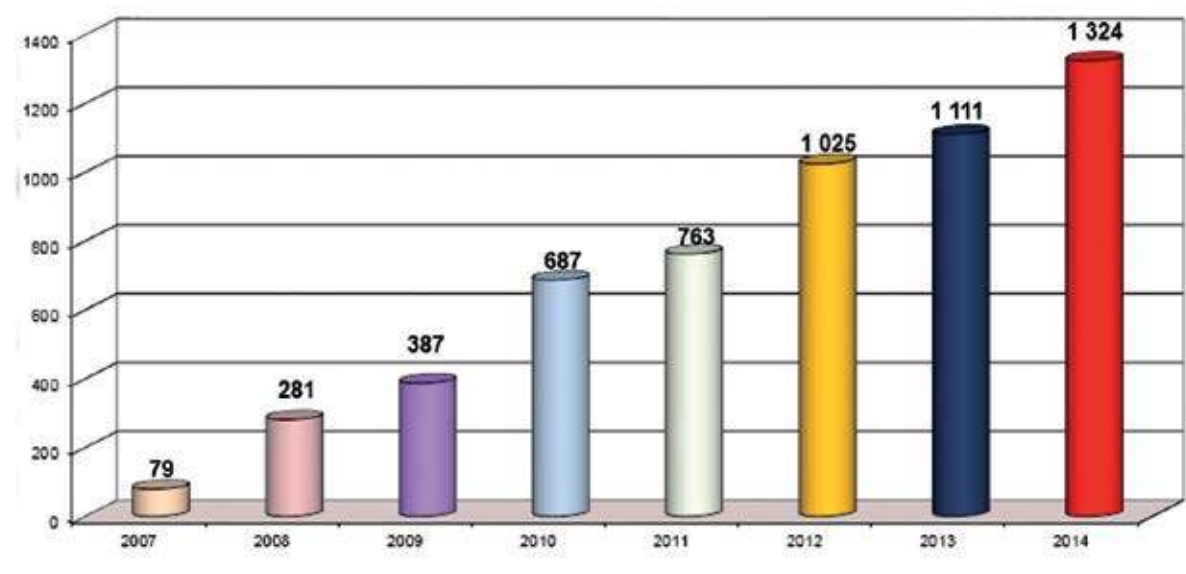
- Ludovic BEAUNE
- Emilie CHANDLER
- Carine DURIEU-DIEBOLT
- Caroline GHERON
- Charlotte HODEZ
- Marion NAPIERALA
- Anne-Laure JOYEUX
- Camille MAGDELAINE
- Besma MAGHREBI-MANSOURI
- Patrick MONY
- Tanguy NGAFAROUNAIN-TABISSI
- Christophe PINEAU
- Sidonie ROUFIAT
- Anne SOULELIAC
- Marine THISSE



Stéphane Gobel, coordinateur, et Florence NAVATTONI, coordinatrice-ajointe, assurent par ailleurs l'animation de la ligne.



Nombre de courriels traités 2007-2014



Le délai moyen de réponse par courriel a été en 2014 de 3,57 jours.

En plus de l'information individualisée, chaque sollicitation fait l'objet d'une fiche permettant de mieux identifier collectivement la nature des difficultés évoquées. Ce travail alimente ainsi l'Observatoire du CISS sur les droits des malades.

Des statistiques complémentaires liées à l'activité de la ligne et du service de réponse par courriel, et notamment au mode de connaissance et d'utilisation de Santé Info Droits, au profil des appelants sont consultables dans la partie ANNEXE de ce rapport.

Ce présent document ne peut retranscrire avec toute l'exhaustivité nécessaire l'intégralité d'une année d'expressions, de questionnements de nos interlocuteurs. Les lecteurs souhaitant explorer plus largement ces différentes thématiques et dépasser les choix éditoriaux de l'équipe de Santé Info Droits trouveront témoignages et données statistiques complémentaires sur le site internet du CISS dans *le Recueil de témoignages et de statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014*.

Observation des Problématiques exprimées par les Usagers de Santé Info Droits



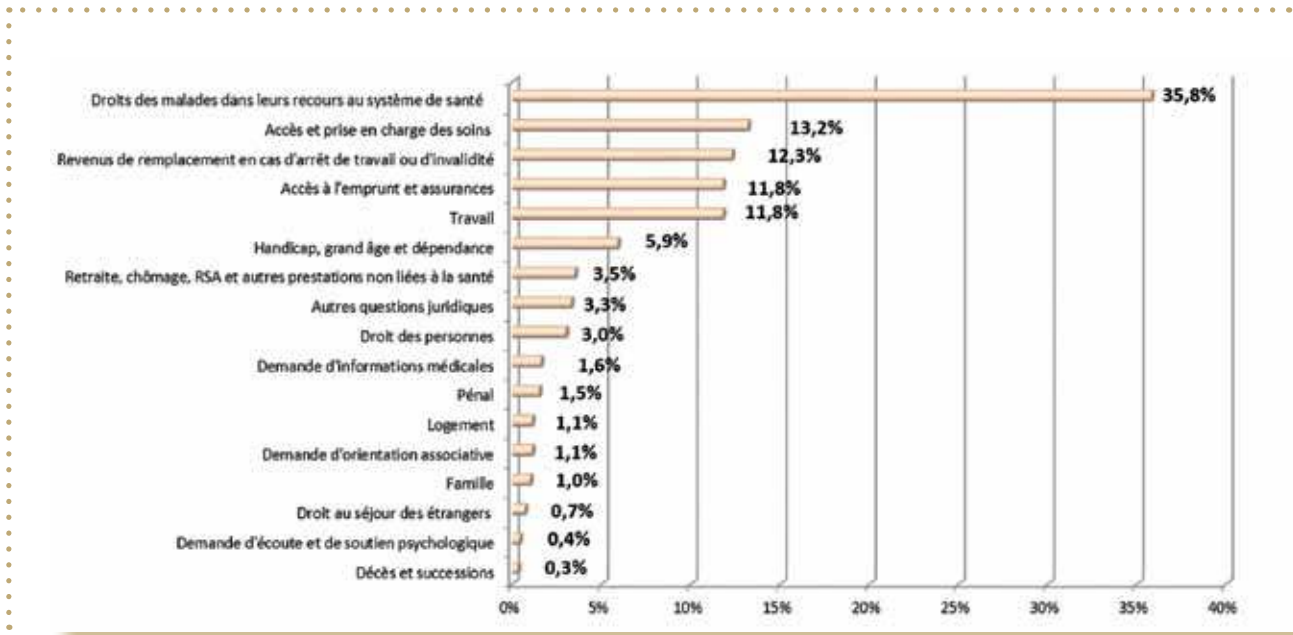
Au-delà de l'action individuelle exercée en matière d'information en faveur des utilisateurs de la ligne toujours plus nombreux et en dépassant la singularité de chaque situation, ce présent rapport traduit une volonté d'alerter, de mettre en évidence ou tout simplement de témoigner des difficultés exprimées par le public sollicitant Santé Info Droits.

Ce lien direct avec les usagers du système de santé et leurs représentants constitue en

effet une matière première riche, foisonnante, apportant parfois son lot d'éléments invitant à l'analyse.

Précédant ou suivant l'actualité juridique, politique ou médiatique, témoignant dans d'autres circonstances des pesanteurs ou au contraire d'évolutions, les problématiques apportées par nos interlocuteurs traduisent des enjeux individuels et collectifs d'une grande diversité.

Répartition des sollicitations par thématiques



La répartition des sollicitations se caractérise par une structuration étant assez peu évolutive d'une année sur l'autre. En effet, les questions relatives aux droits des malades dans leur recours au système de santé, naturellement au cœur de l'activité de Santé Info Droits (accès au dossier médical, prise en charge des accidents médicaux...), continuent de prendre une part essentielle dans l'activité de la ligne.

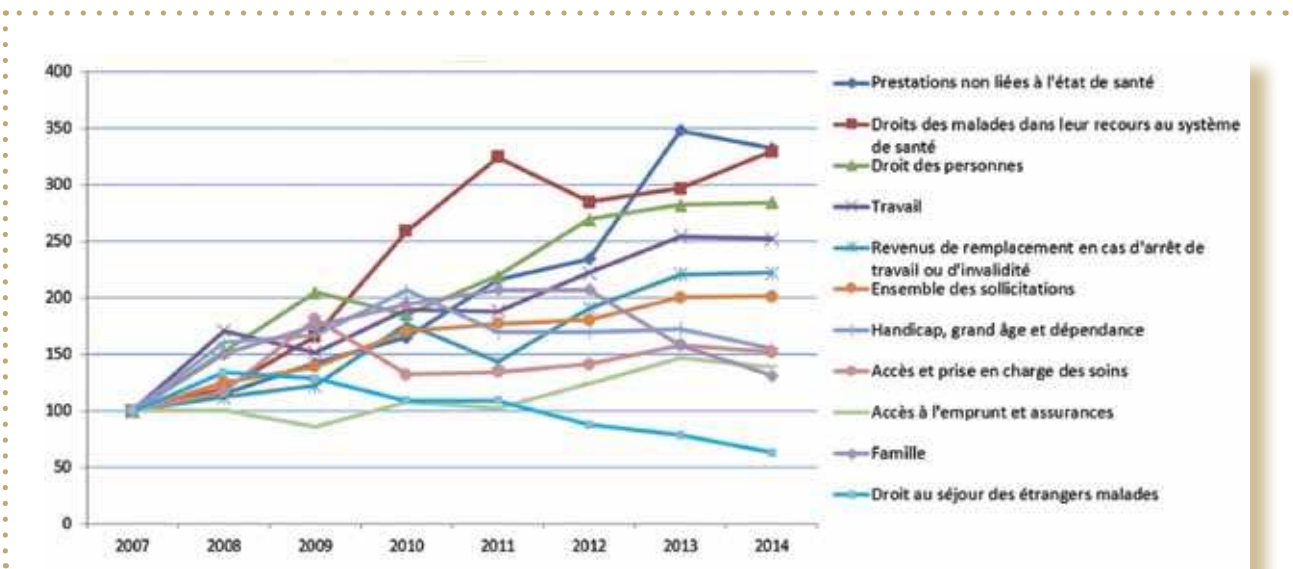
L'examen de l'évolution des sollicitations entre 2013 et 2014 montre même un renforcement de cette place prépondérante puisque les 11% de progression du nombre de questions portant sur cette seule thématique suffisent à expliquer l'augmentation de l'activité de la ligne dans un contexte où les questionnements portant sur d'autres sujets tendent à stagner, voire à régresser :

Evolution du nombre de sollicitations par thématique (entre 2013 et 2014)

Droits des malades dans leur recours au système de santé	11,0%
Droit des personnes	0,8%
Ensemble des sollicitations	0,7%
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	0,5%
Travail	-0,4%
Accès et prise en charge des soins	-4,1%
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	-4,6%
Accès à l'emprunt et assurances	-5,0%
Handicap, grand âge et dépendance	-9,9%
Famille	-17,0%
Droit au séjour des étrangers malades	-18,9%
Pénal	-22,2%

En reculant un peu dans le temps et en prenant comme référence l'année 2007, première année de plein exercice de Santé Info Droits, on peut s'apercevoir d'ailleurs qu'il s'agit d'une tendance lourde.

Evolution du nombre de sollicitations depuis 2007 par thématique



A l'indice 100 correspond le nombre de sollicitations reçues en 2007 pour une thématique donnée. Alors que pendant cette période 2007-2014, l'ensemble des sollicitations traitées doublait en moyenne, les questions relatives aux droits des malades dans leur recours au système de santé faisaient plus que tripler.

Derrière ces données globales se cachent des disparités fortes selon les pathologies dont souffrent les personnes concernées par la sollicitation, lorsque celles-ci sont évoquées.

Dans le tableau page suivante, figurent ainsi en vert les thématiques plus particulièrement présentes pour telles ou telles pathologies et, a contrario en orange, les sujets sous-représentés par rapport à l'ensemble des appels :

Croisement des thématiques de sollicitations par pathologie

	Droits des malades dans leur recours au système de santé	Accès et prise en charge des soins	Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	Accès à l'emprunt et à l'assurance	Travail	Handicap et perte d'autonomie	Retraite, Chômage, RMI et autres prestations non liées à la santé	Droit des personnes	Séjour Etrangers
ENSEMBLE DES APPELS	35,8%	13,2%	12,3%	11,8%	11,8%	5,9%	3,5%	3,0%	0,7%
Age et dépendance	37,9%	6,6%	0,5%	1,9%	0,5%	19,4%	0,9%	17,5%	0,0%
Alzheimer	34,8%	8,7%	0,0%	1,4%	4,3%	17,4%	0,0%	21,7%	1,4%
Asthme	11,1%	16,7%	0,0%	22,2%	11,1%	5,6%	5,6%	0,0%	0,0%
Autisme	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	7,1%	0,0%	0,0%
AVC	41,3%	10,7%	8,3%	20,7%	5,8%	5,8%	0,8%	2,5%	0,0%
Cancer / Tumeurs	23,7%	15,9%	14,9%	16,6%	11,8%	3,9%	2,8%	0,4%	1,0%
Chirurgie esthétique d'agrément	87,5%	6,3%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie esthétique réparatrice	80,0%	13,3%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Déficience auditive et surdité	16,2%	29,7%	8,1%	5,4%	13,5%	10,8%	0,0%	2,7%	0,0%
Déficience visuelle et cécité	37,7%	24,6%	3,8%	4,6%	5,4%	7,7%	2,3%	1,5%	0,8%
Dentaire	70,6%	18,8%	0,0%	0,3%	2,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
Dépression	17,1%	3,2%	25,1%	10,4%	29,5%	2,9%	1,7%	2,9%	0,3%
Diabète	20,0%	16,0%	7,0%	30,0%	7,0%	4,0%	3,0%	1,0%	3,0%
Epilepsie	13,6%	9,1%	2,3%	20,5%	9,1%	13,6%	2,3%	6,8%	0,0%
Fibromyalgie	4,4%	9,8	31,6%	6,7%	24,9%	12,0%	4,0%	0,0%	0,9%
Greffes	9,1%	27,3%	0,0%	54,5%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Grossesse	44,3%	16,8%	12,8%	1,3%	11,4%	0,0%	5,4%	0,0%	1,3%
Handicap fonctionnel	20,6%	9,2%	9,7%	9,2%	7,6%	27,3%	3,4%	2,1%	0,8%
Hémophilie	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hépatite B	22,2%	5,6%	0,0%	22,2%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
Hépatite C	40,0%	10,0%	4,3%	17,1%	5,7%	7,1%	1,4%	0,0%	1,4%
Hypertension	12,5%	25,0%	4,2%	29,2%	4,2%	4,2%	4,2%	0,0%	4,2%
Infection nosocomiale	91,9%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	30,8%	25,0%	11,5%	7,7%	0,0%	9,6%	3,8%	0,0%	1,9%
Lupus	17,4%	13,0%	8,7%	34,8%	0,0%	8,7%	0,0%	0,0%	4,3%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	49,3%	16,0%	5,3%	12,0%	6,7%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	81,6%	2,0%	8,2%	6,1%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies cardio-pulmonaires	32,7%	14,9%	24,8%	13,0%	8,1%	7,5%	3,1%	0,0%	0,6%
Maladie de Crohn	6,3%	15,6%	28,1%	25,0%	6,3%	12,5%	3,1%	0,0%	3,1%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	34,4%	21,9%	12,5%	12,5%	3,1%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	35,4%	10,8%	9,2%	15,4%	7,7%	6,2%	0,0%	4,6%	0,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	31,3%	13,0%	18,0%	6,6%	19,6%	3,5%	3,8%	0,0%	0,0%
Maladies du système respiratoire	34,4%	16,4%	4,9%	9,8%	9,8%	6,6%	1,6%	1,6%	1,6%
Maladies rares	18,1%	18,6%	11,7%	20,7%	8,0%	11,2%	3,2%	1,1%	0,5%
Mucoviscidose	16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Myopathie	10,4%	10,4%	8,3%	12,5%	16,7%	25,0%	8,3%	0,0%	0,0%
Obésité	27,8%	27,8%	0,0%	27,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Parkinson	18,5%	4,6%	12,3%	12,3%	12,3%	15,4%	7,7%	7,7%	0,0%
Polyarthrite rhumatoïde	2,0%	14,3%	30,6%	12,2%	12,2%	8,2%	6,1%	0,0%	2,0%
Sclérose en plaques	7,0%	6,5%	16,2%	24,3%	18,9%	10,3%	1,6%	3,8%	0,0%
Schizophrénie	51,5%	3,9%	0,0%	1,9%	2,9%	1,9%	0,0%	16,5%	0,0%
Spondylarthrite	6,3%	5,0%	21,3%	27,5%	21,3%	10,0%	5,0%	0,0%	1,3%
Troubles bipolaires	34,9%	2,1%	5,5%	5,5%	6,8%	6,8%	0,0%	11,6%	0,0%
Troubles mentaux et du comportement (autres)	56,5%	2,3%	1,9%	2,5%	3,5%	5,8%	1,1%	12,9%	0,2%
Traumatismes crâniens	57,1%	0,0%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles musculo-squelettiques	27,0%	7,3%	13,1%	12,4%	25,5%	5,1%	2,2%	0,7%	0,0%
V.I.H.	7,2%	8,8%	3,1%	38,1%	6,7%	4,1%	0,0%	3,1%	3,6%

I. DROITS DES MALADES DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

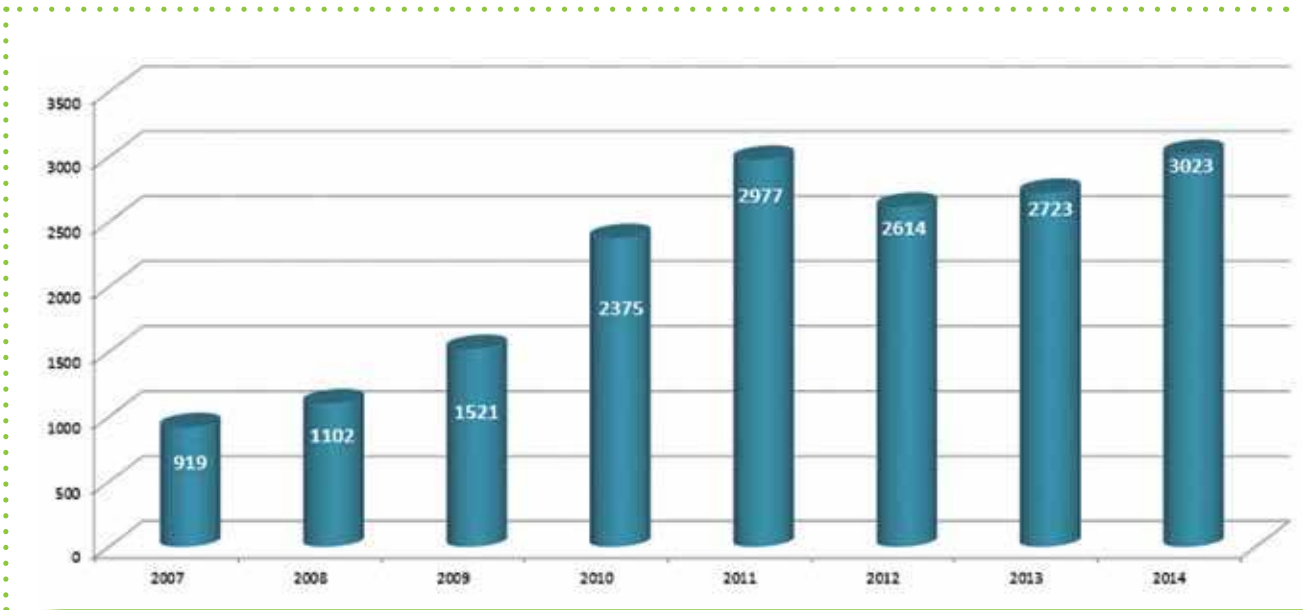


La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite « loi Kouchner », constitue un fondement juridique essentiel pour la majorité des droits attribués aux usagers du système de santé et exposés dans cette première partie de l'Observatoire des droits des malades du CISS.

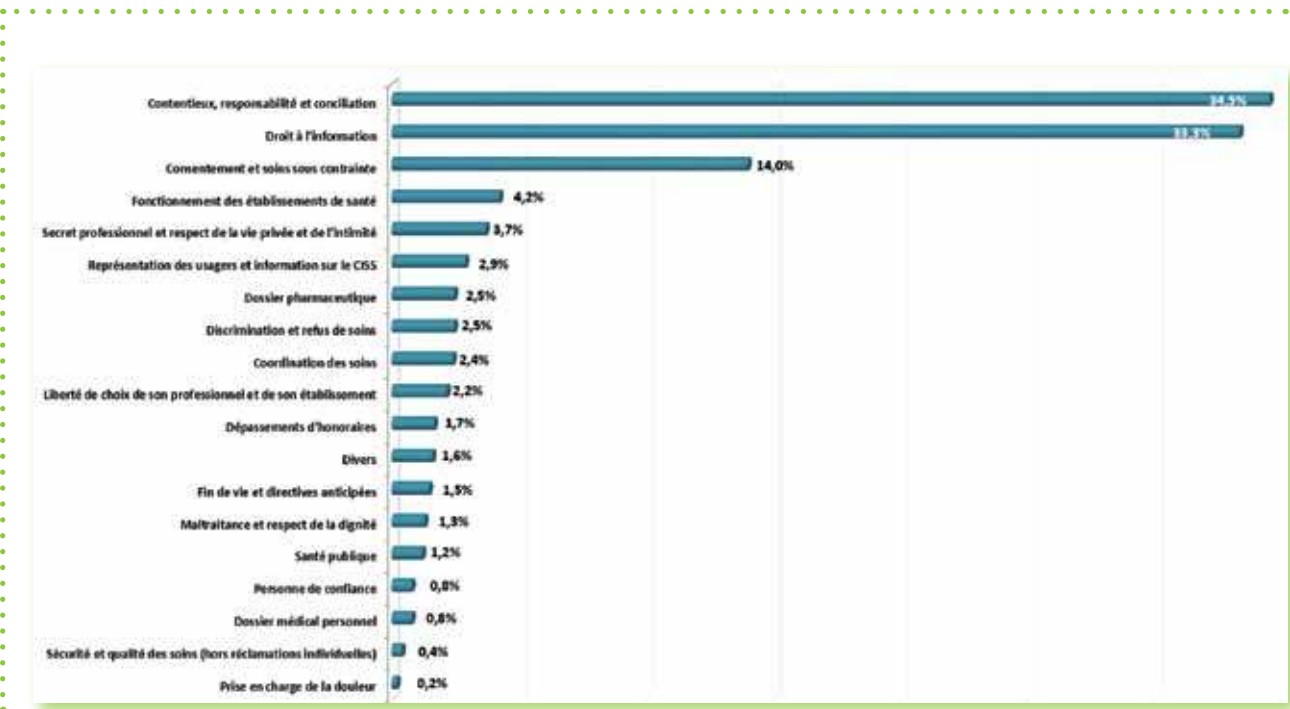
Cette thématique qui constitue le premier sujet de préoccupation

des personnes contactant Santé Info Droits, en constante évolution, couvre des problématiques diverses ayant pour point commun d'illustrer les situations des usagers, souvent malades ou en situation de handicap, dans leur parcours de santé et plus particulièrement dans leurs relations avec les professionnels et établissements de santé.

Evolution des sollicitations de la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » depuis 2007



Répartition des sollicitations de la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » en 2014



Comme chaque année, 4 sollicitations sur 5 portent sur les trois sous-thématiques principales que sont les situations d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, les questions d'information (sur les soins, sur les coûts des soins ou encore l'accès à son dossier médical) ainsi que les problématiques de consentement aux soins avec des particularités liées au statut juridique de l'utilisateur ou au type de soins dont il bénéficie.

Evolution des sous-thématiques « Droits des malades dans leur recours au système de santé » entre 2013 et 2014

Dossier médical personnel	53,3%
Fin de vie et directives anticipées	36,4%
Droit à l'information	29,3%
Discrimination et refus de soins	27,1%
Coordination des soins	24,6%
Santé publique	24,1%
Consentement et soins sous contrainte	13,7%
Secret professionnel et respect de la vie privée et de l'intimité	13,5%
Ensemble des appels droits des usagers du système de santé	11,1%
Fonctionnement des établissements de santé	9,5%
Maltraitance et respect de la dignité	7,9%
Dépassements d'honoraires	3,6%
Contentieux, responsabilité et conciliation	-0,3%
Représentation des usagers	-16,9%
Dossier pharmaceutique	-27,2%
Personne de confiance	-35,9%
Prise en charge de la douleur	-58,3%

On note, entre 2013 et 2014, quelques progressions intéressantes principalement liées à l'actualité. En effet, à titre d'exemples, les questionnements liés au dossier médical personnel (bien que fondés sur un effectif réduit de 23 sollicitations en 2014) dénote un intérêt accru pour ce dispositif réactivé par le projet de loi Santé en cours d'examen au Parlement et qui a fait l'objet de nombreuses discussions publiques dès 2014.

De même, les sollicitations sur la situation des malades en fin de vie ont connu une recrudescence importante (+ 36,4% cette année) certainement causée par l'affaire Vincent Lambert et son écho médiatique et juridique.

L'augmentation des questions en matière de discrimination et de refus de soins par les professionnels de santé (+ 27,1%) est quant à elle assez inquiétante. Correspond-t-elle à une augmentation des situations discriminantes ou à une augmentation des signalements de ces situations ? La seconde hypothèse serait plus rassurante.

Enfin, en matière de diminution des sollicitations, celles portant sur le dossier pharmaceutique peut s'interpréter par la consolidation du dispositif. En effet, 37 691 298 dossiers pharmaceutiques sont désormais ouverts (au 27 avril 2015 – source Conseil national de l'Ordre des pharmaciens), on peut penser que les usagers de pharmacie ont appréhendé les principes du dossier et se questionnent moins sur son intérêt et ses modalités.

Au regard de la répartition générale des sollicitations reçues sur Santé Info Droits en 2014 et des sujets de mobilisation du CISS, il nous est apparu utile de concentrer plus particulièrement nos développements sur quatre focus spécifiques : le règlement amiable des litiges en cas d'accident médical, la représentation des usagers, les obligations des professionnels de santé dans leur pratique d'honoraires (information préalable, dépassements, refus de soins) et enfin les questionnements des usagers pour leur fin de vie et celle de leurs proches.



A. LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN CAS D'ACCIDENTS, D'INFECTIONS NOSOCOMIALES OU D'AFFECTIONS IATROGÈNES : CONTENTIEUX ET CONCILIATION

Tout premier sujet d'interpellation des usagers de Santé Info Droits avec plus de 1000 sollicitations par an, soit plus 10% de la totalité des demandes reçues, les questions de responsabilité médicale couvrent les situations de victimes d'accident médical, fautif ou non, d'affection iatrogène (c'est-à-dire d'accident médicamenteux) ou encore d'infection nosocomiale (infection contractée dans un lieu de soins).

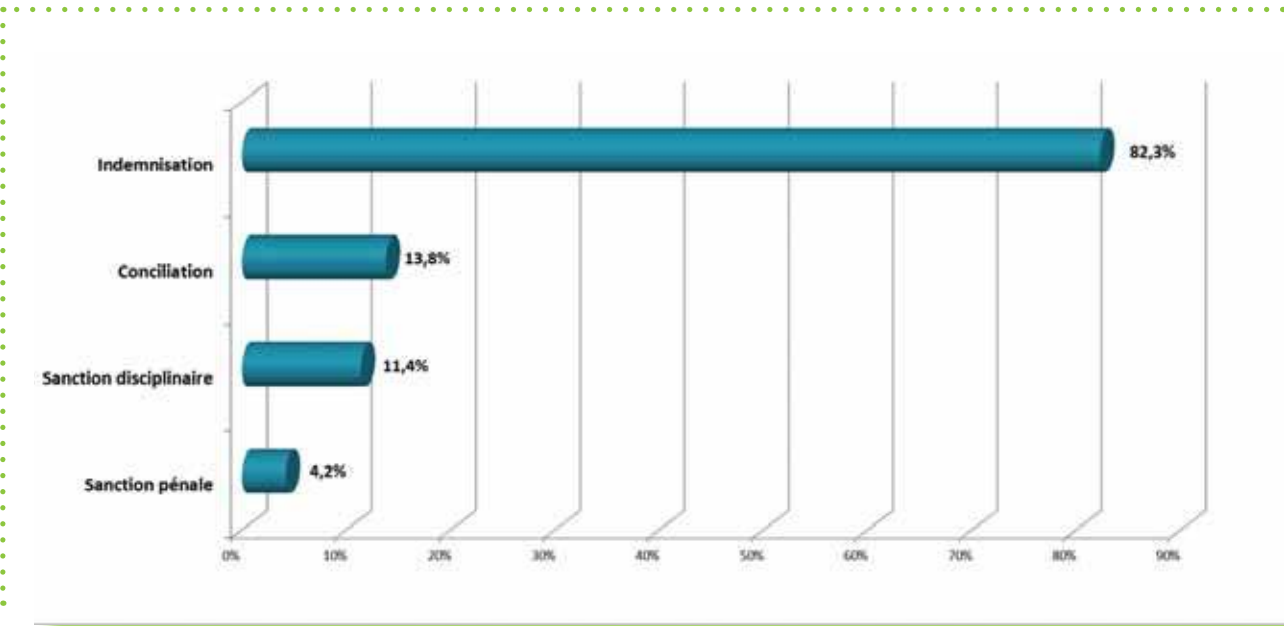
Dans la majorité des cas, au moment où les écoutants de Santé Info Droits sont sollicités, la victime (ou ses proches) n'a encore engagé aucune procédure contentieuse ou amiable. Elle s'interroge sur les démarches à entreprendre, les délais, les possibilités d'accompagnement qui existeraient. Parfois, elle nous sollicite en termes d'opportunité :



J'ai 44 ans et je serais heureux si vous pouviez m'éclairer sur les problèmes suivants : Après une rupture du ligament croisé et sachant que je suis sportif (escalade, ski et snowboard de randonnée, parapente, canyoning, spéléo, etc.), mon chirurgien me conseille l'opération pour éviter une prothèse dans le futur. Lors de l'opération je suis infecté par un staphylocoque doré, ma rééducation ne me permet pas de récupérer toute l'amplitude en flexion, mon genou reste douloureux à l'effort et surtout instable, une IRM prescrit par mon médecin généraliste montre une lésion du cyclope. Un avis médical extérieur m'indique que cette lésion ne me porte pas vraiment préjudice mais que le staphylocoque a fait des dégâts et que c'est ceci qui explique l'instabilité. L'expert de mon assurance indique lui qu'il y a eu verticalisation de l'implant et que ce problème n'est pas en lien avec l'infection ! Suite à un problème de RDV, il n'y a pas eu expertise contradictoire! L'expert de mon assurance et celui de l'hôpital ne sont pas totalement d'accord sur mon déficit fonctionnel permanent (3% pour l'expert de l'hôpital contre 5% pour l'expert de mon assurance). L'assurance de l'hôpital me propose une indemnisation de 6257 euros qui ne prend pas en compte mes dépenses de santé futures. Ce problème est pour moi primordial car mon genou «maintenant non réparable» va s'user plus vite que la normale et je risque d'avoir à nouveau à être opéré (avec le risque de réveiller le staphylocoque ? etc..) pour insérer une prothèse alors que je suis encore «assez jeune». De plus, je compte continuer mes activités sportives, en particulier le parapente qui est, pour mon genou, pas du tout traumatisant contrairement au ski ou à l'escalade mais qui est, par contre, plus risqué. Tous les médecins que j'ai vus me déconseillent la pratique de toutes les activités sportives qui font le sel de ma vie et tous me conseillent le vélo (que je pratique donc maintenant «sans goût» pour fortifier mon genou). Finalement mes questions se résument ainsi : Comment faire pour que ma future prothèse du genou et l'opération qui va avec ne me coûtent pas trop cher? Comment continuer à pratiquer mes activités sportives (parapente, snowboard etc...) en étant assuré à un prix raisonnable ? (si tel n'était pas le cas alors il faudrait tenir compte d'un préjudice d'agrément ce qui ne me convient pas du tout, je préfère de loin continuer à vivre mes passions sans toucher un centime sachant que «parapente ou pas, ski ou pas, je vais droit à la prothèse»). Voilà, si j'étais certain de pouvoir continuer mes activités sportives sans restriction et si j'étais certain que mes dépenses de santé futures (coût prothèse + perte de revenus due à l'arrêt de travail etc...) liées à mon genou étaient prises en compte à 100% alors je ne réclamerais pas d'indemnisation supplémentaire. Je me rends bien compte qu'il y a peut-être possibilité d'invoquer la faute médicale plutôt que l'aléa thérapeutique (verticalisation de l'implant non liée à l'infection) mais cette option ne me convient pas, je suis persuadé que mon chirurgien a fait tout son possible pour améliorer mon état de santé et je ne me vois pas le poursuivre en justice. Je serais heureux de prendre connaissance de vos conseils.

Ce témoignage illustre pleinement les préoccupations des victimes d'évènements indésirables graves. Plus qu'une recherche de sanctions dans les procédures engagées par la victime, apparaît une volonté forte de voir réparer les préjudices subis suite à l'accident, de sorte d'être replacée dans une situation la plus proche possible de celle antérieure à l'accident. A la poursuite de cet objectif légitime doit correspondre le principe de la réparation intégrale des préjudices, auquel notre collectif est particulièrement attaché.

Répartition des sollicitations « Responsabilité médicale » en fonction du but poursuivi



Lorsque l'acte médical est rattachable à une faute, la démarche relative à la demande d'indemnisation peut sembler plus aisée à mettre en oeuvre, dans un cadre amiable, en sollicitant directement le professionnel de santé ou le directeur de l'établissement en cause. Ce dernier va alors prendre attache auprès de son assurance responsabilité professionnelle. Le caractère non formel de ces démarches ne va pas cependant sans susciter de nombreux questionnements et les témoignages suivants retracent ces parcours parfois semés d'embûches.



Une question concernant la situation de ma mère :
Elle va bien actuellement, mais gardera des séquelles (respiratoires, physiologiques, prise de médicaments à vie) d'un accident médical. Elle souhaite maintenant agir, de préférence par un règlement amiable (indemnisation). Voilà ma question : doit-elle faire une demande au chirurgien qui l'a opérée qui est aussi responsable du service (clinique) qui transmettra à son assureur ?
Doit-elle et/ou peut-elle faire la même demande auprès du Directeur de la clinique ?
Peut-il y avoir deux demandes d'indemnisation ?
Par ailleurs, je sais que le chirurgien n'exerce plus actuellement (il est « officiellement » en maladie), mais je n'arrive pas à savoir s'il a été définitivement écarté de ses fonctions.
Sur le site Internet du Conseil de l'Ordre des Médecins, il est toujours en activité (quel délai d'actualisation du site ?)
Je me rends compte que sans moi, ma mère aurait tout laissé tomber (ça la dépasse) et je suppose que ça doit être très souvent le cas, même des gens qui appellent Santé Info Droits, qui doivent se décourager s'ils font tout par eux-mêmes.

Le principe du règlement amiable, sans arbitre tel que la CRCI ou l'ONIAM, est que la victime et le professionnel, ainsi que leur conseil éventuel (avocat, médecin, assureur), se trouvent seuls à établir les différents éléments constitutifs de responsabilité : la faute médicale commise par le professionnel, le dommage subi par la victime et le lien de causalité entre les deux. Une fois ces trois éléments déterminés, il conviendra de fixer les postes de préjudices à indemniser et le montant attribué à la victime.

Cette analyse se fait sur la base des informations contenues dans les divers dossiers médicaux de la personne (d'où l'impériale nécessité d'y accéder facilement et rapidement) mais également sur le fondement d'une expertise médicale organisée par l'assureur.



Je suis convoquée dans quelques jours par un médecin conseil de l'assurance d'un dentiste et je souhaite être assistée dans ce cadre. Pouvez-vous m'orienter ? J'ai déjà appelé un dentiste conseil, comme vous me l'aviez conseillé mais c'est beaucoup trop cher, je n'ai pas les moyens.

Souvent, lors de l'expertise, le professionnel mis en cause sera accompagné de son avocat et/ou de son médecin-conseil dont les frais sont pris en charge par son assurance professionnelle. Mais la victime, elle, n'a pas toujours les moyens financiers de se faire accompagner, surtout si l'accident médical en cause l'a conduite à interrompre son activité professionnelle et a donc tari ses ressources financières. Il est indispensable pour bénéficier d'un examen approfondi de ses préjudices de préparer l'expertise et de se faire accompagner par un médecin (son médecin traitant ou spécialiste), un médecin-conseil et/ou un avocat spécialisé, une association d'aide aux victimes. Certaines personnes bénéficient, sans parfois même le savoir car pouvant faire partie d'une garantie liée à un autre de leurs contrats d'assurance, d'une assurance protection juridique susceptible de prendre en charge ces frais.

Une fois l'expertise réalisée, l'assureur du professionnel ou de l'établissement peut proposer une indemnisation à la victime :



Je vous ai consulté par mail au mois de septembre 2013. Mon épouse a suivi vos conseils et est allée en conciliation auprès de la clinique pour une indemnisation.
Le directeur de cette clinique vient de nous proposer 4000 € de dédommagement.
Ma question : est-ce correct ? Suffisant ?
Au regard de ce qui est bien démontré au travers des dossiers médicaux tant de la clinique que de l'hôpital, montrant que mon épouse a été invitée à sortir de la clinique le 1er août alors que l'examen urinaire du 31 juillet indiquait une infection urinaire avec « nombreuses colonies d'ESCHERICHIA COLI ».
Mon épouse a dû être hospitalisée aux Urgences de l'Hôpital en soins intensifs pour « un choc septique, septicémie avec BGN » jusqu'au 8 août puis dans le service de néphrologie pour traitement d'une pyélonéphrite gauche à E.COLI.
Nos enfants et moi-même avons été très angoissés pendant cette période.
Elle est sortie de l'hôpital le 11 août très fatiguée et angoissée. Depuis elle marche avec une canne.

C'est là que les victimes rencontrent une dernière difficulté, celle d'évaluer la proposition d'indemnisation qui leur est faite, d'autant qu'une acceptation de celle-ci vaut transaction, et les empêche par la suite d'engager un quelconque recours ultérieur pour les mêmes préjudices. Il y a donc là un enjeu considérable à ne pas négliger et au sujet duquel Santé Info Droits sensibilise et réoriente vers des associations spécialisées dans l'aide aux victimes, susceptibles d'examiner attentivement les dossiers.

Rappelons à cet égard que si la proposition d'indemnisation n'est pas satisfaisante, les autres procédures telles que la saisine des CRCI ou des tribunaux restent pleinement ouvertes. En effet, toutes les offres, y compris celles provenant de l'ONIAM peuvent être refusées par la victime et la conduire ainsi devant les juridictions de droit commun :



Mon frère a été victime d'une erreur médicale et indemnisé par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) de façon insuffisante. L'affaire semble être ouverte de nouveau devant le Tribunal administratif. Je ne sais pas pourquoi et je pense qu'il serait opportun que mon frère soit assisté par une association ou un avocat spécialisé. Qu'en pensez-vous?



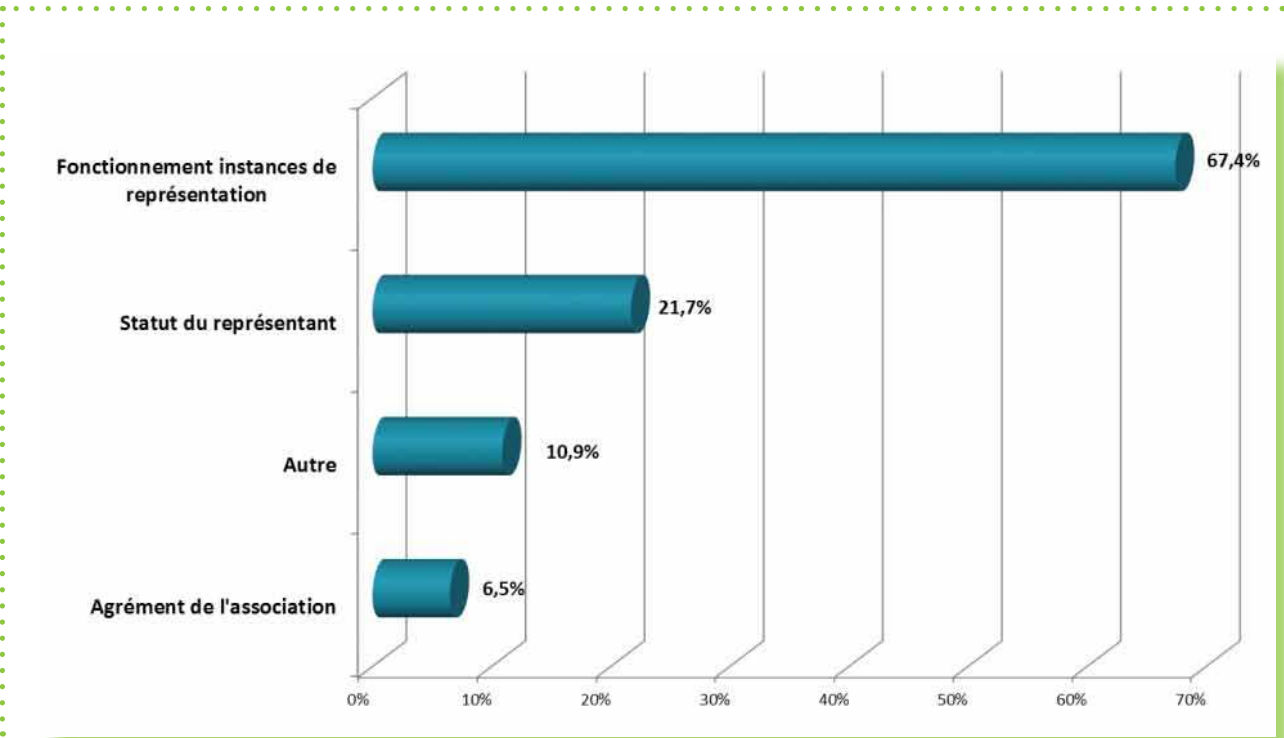
B. LA REPRÉSENTATION DES USAGERS OU DE L'EXERCICE DU DROIT COLLECTIF

Avec 15 000 à 20 000 mandats à occuper au sein des instances, locales, régionales et nationales, les représentants d'usagers sont des acteurs incontournables du système de santé, ils sont les porteurs de la parole des usagers, garants du respect de leurs droits et de leurs intérêts. Ils siègent dans les instances et commissions au sein desquelles ils sont mandatés et sont membres d'une association de santé agréée.

L'article L1114-1 du Code de la Santé publique encadre quelque peu cet exercice :
« Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. [...] L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance.
[...] Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.
Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.
[...] »

L'une des missions prioritaires, et la première historiquement, du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) est de représenter et de défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé. C'est dans ce cadre que l'association poursuit l'objectif de former et informer les représentants d'usagers et de coordonner leurs actions.
A côté des formations délivrées dans toute la France, le CISS produit ainsi des documents pédagogiques (guides, fiches pratiques, boîtes à outils) à destination des représentants des usagers pour leur permettre d'exercer leurs missions de recueil des attentes des usagers, de veille au respect des droits individuels.
Santé Info Droits est l'un des outils offerts aux RU qui s'interrogent sur leurs pratiques, leur statut ou même plus globalement sur l'organisation du système de santé.

Répartition des sollicitations sur la thématique « Droits collectifs et représentation des usagers »



Je suis représentant des usagers dans un établissement d'un groupe privé, j'y ai rencontré les problèmes suivants :

- Je siége au sein du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) : lorsque les patients sont pris en charge en ambulatoire, la clinique propose aux patients 3 petits déjeuners sans jamais mentionner l'existence d'un autre petit déjeuner que celui-ci est pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du forfait journalier. J'en ai fait part à la directrice qui ne m'a pas répondu. A qui d'autres puis-je faire part de cette situation ?
- Un patient me dit qu'il paye la mise à disposition d'une ligne téléphonique pour sa mère hospitalisée alors qu'elle ne fonctionne pas. Elle ne peut ni émettre, ni recevoir d'appel. Il a signalé le problème à l'établissement qui se contente de répondre qu'ils ont un problème avec leur opérateur.
- Le règlement intérieur de la CRUQPC, commune à 3 établissements, prévoit que les représentants des usagers (RU) ne peuvent siéger que pour la partie de la réunion pendant laquelle les informations relatives à l'établissement auprès duquel ils sont affectés sont évoquées. Aussi, nous devons sortir lorsque sont abordées des questions sur les autres établissements pour laisser la place aux autres RU. Il s'agit d'un moyen de nous empêcher de nous prononcer sur les problèmes qui peuvent exister dans les autres services. Que faire ?

Cette sollicitation d'un représentant des usagers siégeant dans un établissement de santé privé est très riche puisqu'elle réunit parfaitement, en un seul appel, les trois types de préoccupations de ces interlocuteurs :

- La première porte sur une démarche collective et se justifie pleinement par le mandat qu'exerce le représentant des usagers dans l'instance dédiée à l'alimentation et la nutrition délivrée dans la clinique. Lorsqu'un représentant des usagers établit un constat ou est informé d'une pratique, il est très utile qu'il s'interroge sur les droits des usagers en la matière, dont font partie les coûts et la prise en charge financière.
- Dans le cadre du deuxième questionnaire, le représentant des usagers intervient à la demande

d'un usager pour l'aider à faire valoir ses droits. Le représentant des usagers interroge donc Santé Info Droits dans un premier temps pour obtenir la règle de droit applicable. Cette dernière en poche, il pourra légitimement aider l'usager à porter sa réclamation auprès de la direction.

- Enfin, la dernière interrogation porte sur les règles de fonctionnement de « l'instance- phare » de la représentation des usagers, la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Composée de deux médiateurs et de deux représentants des usagers et présidée par le représentant légal de l'établissement, cette commission obligatoire dans tous les établissements de santé, publics ou privés, est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de participer à la qualité des soins et de la prise en charge globale.

Dans ce cadre, les questions d'exercice du mandat de représentant des usagers sont courantes :



La CRUQPC vient d'être renouvelée. Il y a deux représentants des usagers de la même association. Est-ce normal ?

Il y a quelques semaines, je vous ai téléphoné concernant ma messagerie électronique de représentant des usagers du centre hospitalier dans lequel je siège. La personne du service chargé des relations avec les usagers a la possibilité de consulter les courriels de représentants des usagers. Existe-t-il un texte officiel qui stipule l'interdiction de prendre connaissance des informations que les usagers nous délivrent. C'est considéré comme une violation de la correspondance, non ? J'ai une réunion avec le directeur du CH prochainement. Pourriez-vous s'il vous plaît me faire parvenir ce texte afin de mettre fin à cette consultation et j'en reparlerai en réunion de la CRUQPC.

Doit-on rembourser les frais de déplacement d'un représentant des usagers qui se rend en CRUQPC dans une clinique privée ?



C. LES DROITS DES USAGERS FACE AUX PRATIQUES TARIFAIRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Créé tout spécialement pour le cru 2014 de l'Observatoire des droits des malades, ce focus permet de mettre tout particulièrement en évidence les préoccupations – car elles sont de plus en plus prégnantes – des usagers de Santé Info Droits en matière de pratiques d'honoraires qui ne sont pas sans causer des difficultés en matière de respect des droits et d'accès aux soins. Ainsi, il apparaît toujours plus nécessaire de rappeler la réglementation applicable, les recours possibles, notamment dans l'espoir de voir les autorités compétentes s'engager dans une réduction de ces pratiques illégitimes (voire illégales).

Plusieurs principes doivent dès lors être rappelés au détour des témoignages reçus :

- Les professionnels de santé ont, envers leurs patients, une obligation d'information sur leurs honoraires et leur prise en charge par la Sécurité sociale, information écrite dès que ceux-ci dépassent 70 €.



Il y a une semaine, mon dentiste m'a fait un détartrage standard qu'il m'a facturé au tarif de base (28,92€), et m'a remis en plus une facture de «soins parodontaux et gingivaux» hors nomenclature de 70€ à remettre à ma mutuelle. Aucun affichage dans son cabinet ne me permettait de m'attendre à cette surfacturation. Je lui ai exprimé ma surprise, ce à quoi il m'a répondu que le tarif de base n'ayant pas évolué depuis 1986, il était normal de facturer des honoraires supplémentaires. Ce dentiste avait-il le droit de surfacturer un détartrage basique? Et sans prévenir le patient ?

Dans ce cadre, il est utile de rappeler, fût-telle une évidence, que tous les honoraires doivent être déclarés aux organismes sociaux et fiscaux et que toute pratique de dessous-de-table est à bannir :



Mon dentiste a commencé un travail, m'a fait une prothèse provisoire et me propose de ne déclarer à la Sécurité sociale que certaines prestations, les autres étant payées au black et comme j'ai refusé, il m'a donné des rendez-vous très éloignés et finalement ne veut plus m'en donner. Je voudrais qu'il se fasse taper sur les doigts sans qu'il y ait de conséquences pour moi. Je ne veux pas de problèmes.

- Les dépassements d'honoraires doivent être fixés avec « tact et mesure », c'est-à-dire, selon le Conseil de l'Ordre des médecins, en suivant les critères suivants : la situation financière du patient, le temps passé et la complexité de l'acte, la notoriété du médecin et les exigences éventuelles du patient.



En décembre dernier, n'ayant pu avoir de rendez-vous rapidement auprès de mon ophtalmologiste habituelle (près de 3 mois d'attente) ni auprès d'autres ophtalmologistes du secteur, j'ai finalement pris rendez-vous auprès d'une ophtalmologiste parisienne que je ne connaissais pas et qui pouvait me recevoir rapidement.

Il me fallait simplement une nouvelle prescription pour une paire de verres correcteurs. La consultation a été brève.

Au moment de payer, elle m'a dit, très rapidement : « C'est 130 € mais c'est très bien remboursé si vous avez une mutuelle. ». Ainsi, je n'ai rien dit, cela devançait toute éventuelle réclamation, j'ai donc payé, avant de me rendre compte qu'il s'agissait simplement d'une escroquerie.

J'ai obtenu récemment le remboursement de cette consultation : Sécu + mutuelle me remboursent en tout 50 €.

Il reste donc 80 € à ma charge, et ma situation actuelle est particulièrement critique (en raison de problèmes de santé).

- Les dépassements d'honoraires ne peuvent jamais constituer un prétexte pour refuser les soins à un patient. C'est même une pratique illégale et sanctionnable lorsque l'usager concerné est bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire ou de l'Aide médicale d'Etat :



Je suis médecin hospitalier, gastro-entérologue, dans un CHU. A plusieurs reprises, j'ai eu des orientations de patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat par des médecins exerçant en clinique. Je sais que c'est parce que, financièrement, ce n'est pas intéressant pour eux de s'occuper de ces patients. Que faire contre ça ?

Mon père, bénéficiaire de la CMU complémentaire, a été victime d'un refus de soin.

En effet, le médecin non seulement a appliqué le dépassement d'honoraires, mais l'a aussi obligé à payer en espèces les honoraires pour un montant de 70 €.

Ce médecin a eu une attitude et un comportement discriminatoires envers mon père de nationalité italienne. Existe-t-il un moyen de signaler cette situation aux autorités ?

De l'information sur les coûts au refus de soins discriminatoire en passant par des pratiques d'honoraires illégales ou des dépassement excessifs, toutes ces problématiques relèvent de la compétence des caisses de Sécurité sociale avec lesquelles les professionnels de santé sont

conventionnés et en charge de la protection de l'accès aux soins des assurés sociaux ; mais aussi des conseils de l'Ordre des professions de santé, garants quant à eux de la déontologie de la profession concernée.

Il convient que ces autorités mesurent et sanctionnent ces pratiques ne respectant pas les droits des usagers, souvent isolés dans leur parcours de santé. De fait, il ne transparait guère des retours dont nous avons connaissance une prise en compte à la hauteur de ces enjeux de la part de ces instances.

A titre d'exemples, ci-dessous, la réponse envoyée par un conseil départemental de l'Ordre des médecins à une association signalant le refus de soins dont un usager bénéficiaire de la CMU complémentaire a été victime :



« Suite à votre lettre du..., le Conseil départemental a contacté le Docteur X pour avoir sa version des faits.

Il a parlé du problème à ses secrétaires qui n'ont pas de souvenir précis de l'évènement que vous avez relaté.

Surtout, il est étonné des propos déplacés que vous prêteriez à ses secrétaires car les connaissant bien, cela lui semble inimaginable. Il nous assure qu'il ne refuse jamais de recevoir en consultation les bénéficiaires de la CMU afin de leur expliquer qu'il ne peut pas pratiquer sans dépassement d'honoraires des interventions de 3 heures [...]. Il oriente, dans ce cas, les patients vers le CHU.

Nous ne savons pas si le motif médical avait été exposé au moment de la prise de rendez-vous et si une intervention lourde était envisagée pour Madame Y. Il est regrettable en effet qu'elle n'ait pas pu rencontrer le chirurgien auquel nous avons fait les rappels nécessaires concernant la prise en charge des patients bénéficiaires de la CMU. »

Cette réponse est en totale contradiction avec les dispositions de l'article L1110-3 du Code de la Santé publique qui est limpide en la matière :

« 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 L861-1 [CMU complémentaire] et L863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article 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 ordinale 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.

[...] »

A la lumière de ce texte, la réponse du Conseil départemental de l'Ordre des médecins saisi est critiquable à plusieurs niveaux :

- D'une part, la procédure disciplinaire devant le conseil de l'Ordre impose la mise en oeuvre d'une conciliation entre le professionnel et le patient et/ou l'association qui l'a saisi. Recueillir le témoignage du médecin ne suffit pas à clore le dossier.
- D'autre part, l'explication délivrée par le Docteur X ne justifie en rien le refus de soins. Le fait de ne pouvoir appliquer des dépassements d'honoraires à ces patients (puisque la loi le lui interdit) n'implique pas de lui refuser les soins. Le soin doit être délivré mais sans dépassement d'honoraires, c'est-à-dire au tarif de la Sécurité sociale. Le fait que le Conseil de l'Ordre semble accepter cet argumentaire est choquant.
- Enfin, une telle situation demande plus qu'un rappel des règles (à supposer que celles-ci correspondent aux règles légales en vigueur), surtout dans un cas flagrant, et reconnu par le professionnel de santé lui-même, de refus de soins illégitime.

Au regard de telles expériences, il ne faudrait pas s'étonner du peu de saisines des conseils de l'Ordre par les usagers et de la méfiance que ceux-ci manifestent à leur égard, alors même que le Projet de loi relatif à la santé prévoit de leur attribuer un rôle privilégié dans la lutte contre les refus de soins. Le CISS a déjà eu à se prononcer sur cette idée en proposant que cette mission soit confiée au Défenseur des droits, autorité administrative indépendante, déjà en charge de lutter contre les discriminations.



D. Les droits des malades en fin de vie



J'appelle au sujet de l'affaire de Vincent Lambert. Je voudrais dire ce que je veux pour ma fin de vie.

Bon nombre de sollicitations telles que celle-ci ont abouti sur Santé Info Droits au cours de cette année 2014, théâtre de débats judiciaires, déontologiques et éthiques autour de la situation de Vincent Lambert, patient en état végétatif chronique (dit « pauci-relationnel ») après un accident de la route et hospitalisé au CHU de Reims. En l'absence de directives anticipées, l'équipe médicale, après avoir consulté les membres de la famille, avait décidé de limiter et d'arrêter les traitements de Vincent Lambert, cette décision pouvant conduire alors à son décès. Certains membres de la famille, en désaccord, ont saisi les juridictions administratives afin de suspendre cet acte. La Cour européenne des droits de l'Homme s'est prononcée sur cette affaire en 2015.

Dans ce contexte fortement émotionnel portant sur un sujet de société sur lequel chacun peut se sentir concerné et en mesure de s'exprimer, il convient de rappeler l'impérieux respect des principes suivants :

- La volonté de la personne malade, lorsqu'elle est en état d'exprimer son consentement sur les soins, doit toujours, en quelque circonstance que ce soit, être respectée : ni les médecins, ni les proches ne peuvent prendre la décision à sa place.

En pratique, cela n'est pourtant pas toujours aussi simple :



Mon père a été hospitalisé il y a 2 mois pour dénutrition. Ma soeur a imité sa signature et s'est fait désigner « personne de confiance ». Du coup, l'établissement ne parle qu'à elle et ne veut rien nous dire. D'autant qu'en plus, lui-même il veut changer de structure et se rapprocher de chez lui mais l'établissement refuse ... Pourtant, il n'est pas sous tutelle ou curatelle. Ils n'ont pas le droit de faire ça, n'est-ce pas ?

Ma mère est hospitalisée dans un état grave et, depuis une semaine, on fait pression sur nous pour que le traitement soit suspendu et hâter la fin de vie alors que, quand elle est soutenue, elle parle, s'exprime et n'a à aucun moment manifesté le désir de fin de vie. Mon fils a vu sa grand-mère ce matin et les médecins ont affirmé qu'elle aurait manifesté le désir de ne pas être intubée et qu'on arrête le traitement pour hâter son décès...

- La prise en considération des directives anticipées rédigées par le patient : le CISS prône à ce titre une valeur plus contraignante de cette expression de la volonté de l'utilisateur sur sa fin de vie. Il conviendrait également de déployer plus largement ce dispositif en s'attachant à ce qu'il soit mieux connu du public. Peu de personnes semblent, à ce jour, avoir rédigé de telles directives alors même que beaucoup manifestent une intention déterminée pour que leur volonté puisse être respectée.



Je vous appelle à propos de mes parents car je souhaite aborder avec eux la question des directives anticipées en fin de vie mais je voudrais savoir s'il y a un modèle. Je vis en Allemagne et ici, il y a des modèles mais je ne trouve rien en France et je pense que l'état de la législation n'est pas le même...

Les médecins sont-ils contraints de suivre les directives anticipées remises à une amie plutôt que l'avis du conjoint de la personne malade ?

- Dans le même ordre d'idées, le contenu des situations portées à notre connaissance montre que le statut de la personne de confiance désignée par l'utilisateur devrait être renforcé afin qu'elle puisse effectivement être considérée comme le porte-parole, le mandataire de celui-ci.



Mon concubin est atteint d'un cancer, inconscient en soins palliatifs. Je suis désignée personne de confiance et, par ailleurs, en opposition avec la mère de mon concubin qui souhaite le faire transférer à 300km. Les médecins disent que c'est risqué mais elle veut signer une décharge. Peut-elle obtenir le transfert ?

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » en 2014 :

Ma grand-mère a été prise en charge en ambulatoire pour changer la pile de son coeur. De retour à domicile, l'infirmière a constaté que rien n'avait été fermé. Il semblerait que les pansements n'aient pas non plus été vérifiés. Elle a dû être réopérée en urgence. Je voudrai faire en sorte que ça ne se reproduise pas car je suis persuadé que l'établissement a commis une faute. Le problème est que je n'ai accès à aucune information de la part de l'établissement.

...

J'ai été hospitalisée dans une clinique privée après un passage aux urgences de cet établissement. On m'a placée en chambre particulière alors que j'avais signalé que je ne le souhaitais pas car ma mutuelle ne le remboursait pas. Je reçois pourtant une facturation de cette chambre particulière. Que puis-je faire ?

...

La secrétaire de mon médecin a laissé un message sur mon répondeur indiquant que je souffrais d'un cancer. J'estime qu'elle n'avait pas le droit de faire cela. Que faire pour signaler cette situation ?

...

Je suis le père d'un enfant schizophrène. Il a été hospitalisé sous contrainte pour trouble à l'ordre public. Je me suis présenté à l'audience du juge pour dire que je pensais qu'une hospitalisation complète ne me paraissait pas bien et qu'une HAD chez nous, ses parents, était possible. Mais le juge n'a pas été d'accord. J'ai fait appel et l'audience aura lieu dans 2 jours. Je voudrais être sûr de ne pas dire de bêtises pendant cette audience...

...

Ma mère a laissé son dentier dans un mouchoir sur son plateau. Les personnes en charge du ménage l'ont jeté à la poubelle. Quelles démarches pouvons-nous mettre en oeuvre pour être indemnisés?

...

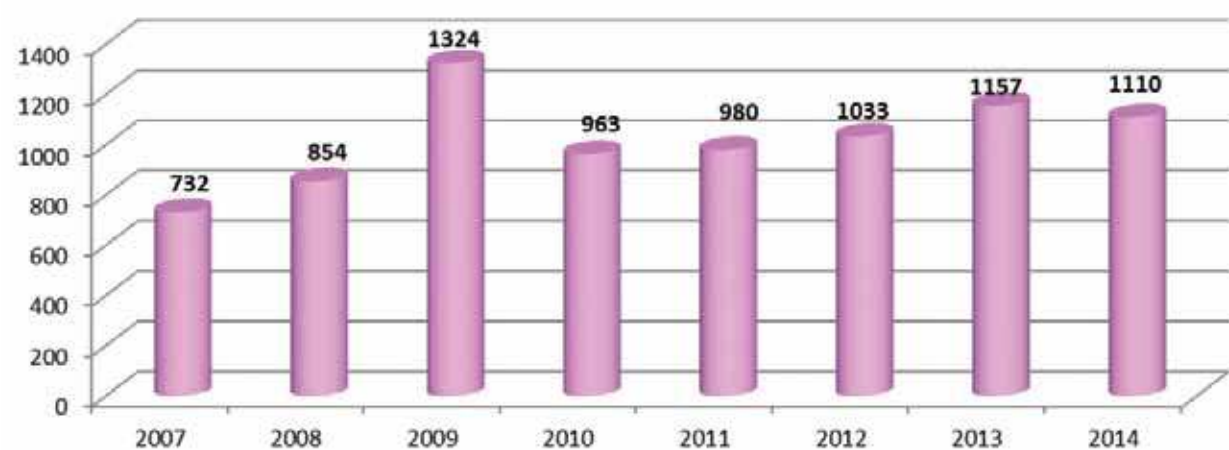
J'ai fait une demande d'accès à mon dossier médical auprès de l'établissement de santé dans lequel j'ai été suivi. Ce dossier m'est parvenu, mais a également été transmis à mon médecin traitant et à ma psychologue sans que j'en sois informée. Que puis-je faire ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

II. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

Comme toujours, les questions d'accès et de prise en charge financière des soins de santé constituent le deuxième sujet de préoccupation des usagers de Santé Info Droits avec 13.2% des sollicitations sur l'année 2014, soit 1110 appels et courriels.

Evolution des sollicitations de la thématique « Accès et prise en charge des soins » depuis 2007

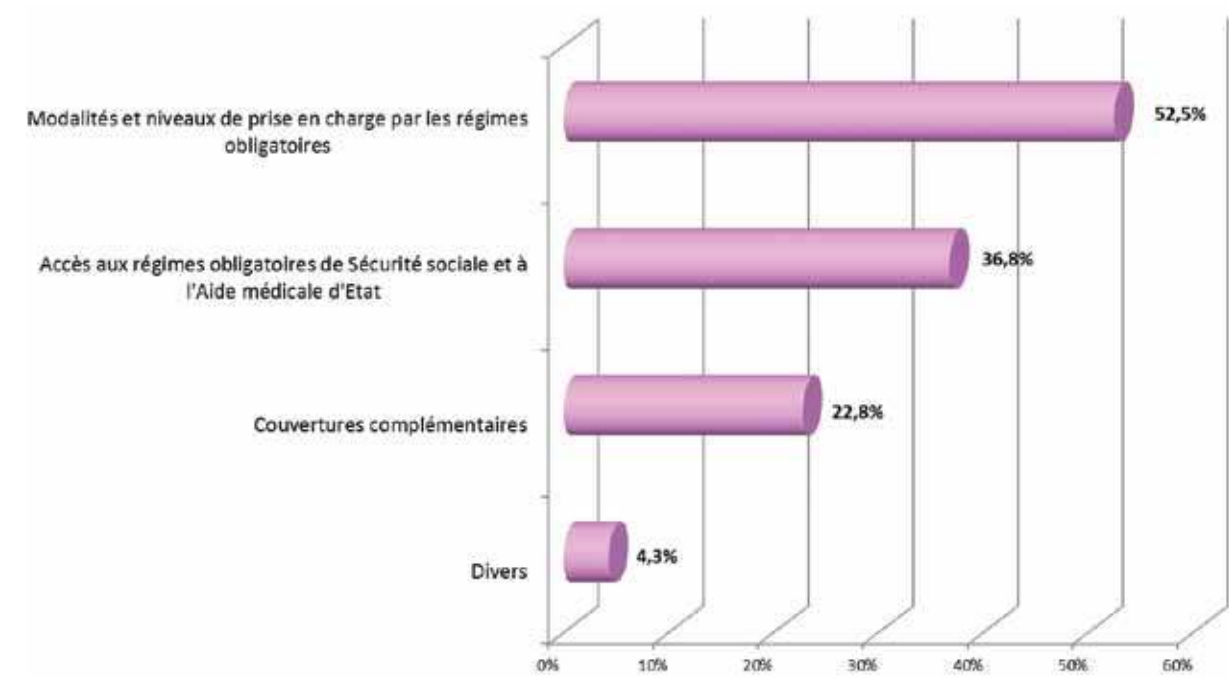


Parmi les nombreux sujets ayant trait à l'accès et à la prise en charge des soins, on peut distinguer la typologie suivante :

- Au rang des « Modalités et niveaux de prise en charge », on trouve toutes les prestations de santé qui sont couvertes par les régimes obligatoires de Sécurité sociale : consultations médicales ou paramédicales, médicaments, frais de transport, hospitalisation ainsi que le niveau de remboursement en fonction du statut de l'assuré et/ou du type de soins (affection de longue durée, victime d'accident du travail...).
- Au niveau de l'« Accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale et à l'Aide médicale d'Etat », sont recensées les interrogations des usagers sur leur entrée et leur maintien au sein d'un dispositif de protection sociale leur permettant ainsi de bénéficier des soins visés dans la première partie.
- Pour compléter le tableau, la rubrique « Couvertures complémentaires » illustre, avec 22% des sollicitations de la thématique, la nécessité pour les assurés sociaux de se doter d'une complémentaire santé (à titre individuel ou collectif, avec une aide de l'Etat en cas de faibles ressources, grâce à la CMU-C et à l'ACS), pour combler les insuffisances de prise en charge du régime général de solidarité nationale constitué par la Sécurité sociale.



Répartition des sollicitations de la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2014



L'édition 2014 de l'Observatoire des droits des malades se consacre à deux types de difficultés entravant particulièrement l'accès aux soins et pour lesquelles des leviers réglementaires et certaines pratiques mériteraient fortement d'être revus et corrigés : la forclusion en matière de dettes hospitalières et l'in vraisemblable articulation des régimes de Sécurité sociale.

Le troisième développement de la thématique se concentrera quant à lui sur les résultats de l'enquête flash de Santé Info Droits qui porte sur les perceptions du public nous sollicitant par rapport au projet de généralisation du tiers payant.



A. La prise en charge des soins par les régimes obligatoires : quand la complexité des règles de forclusion et de prescription génère de la dette hospitalière



Le centre hospitalier me réclame en juin 2014, pour la 1ère fois, des frais de soins externe datant de 2011. Suis-je redevable alors que la prescription par la Sécurité sociale est de 2 ans ? La mutuelle suit en général les délais de la Sécurité sociale. Je me sens victime de ce dysfonctionnement. Je vous remercie de me faire connaître mes droits, la mise en recouvrement me semble prescrite.



B. L'accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale

Au cours de l'activité de Santé Info Droits et plus généralement de celle du CISS, il n'est pas rare de rencontrer des situations individuelles dramatiques comme celle de Mathias Picard. Sorti du régime de Sécurité sociale étudiante, ce jeune homme de 27 ans, diabétique insulino-dépendant, a lutté pendant des mois pour obtenir le statut d'assuré social à un autre titre et bénéficier ainsi d'une carte Vitale. Des mois au cours desquels il a dû renoncer à des soins, faute de pouvoir avancer financièrement les frais d'insuline et les honoraires des médecins. En l'absence du suivi médical adapté, Mathias est décédé en février 2014. Face à cette douloureuse expérience, sa mère, Véronique Picard, a créé l'association **24 heures Vitales** afin notamment de recueillir les témoignages de celles et ceux qui ont été « perdu-e-s » dans les épaisseurs administratives de l'Assurance maladie et d'« *aider toute personne sans assurance maladie, intervenir sur les cas graves et obtenir immédiatement une carte vitale, même provisoire* ».

Car d'autres histoires se font jour, à l'instar des témoignages ci-dessous, recueillis sur Santé Info Droits en 2014 :



Ma fille est actuellement prise en charge à 100% suite à un AVC. Elle bénéficiait du régime étudiant et a demandé un changement car elle travaille en alternance depuis la rentrée scolaire. Son dossier de changement a été adressé à la CPAM le 28 décembre 2013 et depuis, pas de nouvelles. Je dois faire l'avance des médicaments (71€ pour 1 boîte de 1 mois) et serai remboursée 8 semaines après que son dossier aura été traité à la sécurité sociale. Je suis indignée de cette situation. J'ai la chance de pouvoir payer sans que cela ne me pose de difficultés, mais qu'en est-il des autres jeunes ? Quand j'appelle la sécurité sociale, on refuse de me répondre car seule ma fille doit appeler (mais elle est en cours ou en entreprise) ou il faut se déplacer... Cette situation est inadmissible et peut conduire des personnes en ALD à ne plus prendre leurs traitements voire à ne pas faire leurs analyses biologiques (analyses que je vais aussi payer, car prendre des anticoagulants n'est pas anodin). Je ne sais pas ce qui peut être fait pour que ces dossiers soient traités prioritairement. On peut effectivement se targuer d'avoir un système de santé de bonne qualité, mais l'intendance ne suit pas, et c'est déplorable !

Je bataille depuis 15 mois pour être affiliée à un régime de sécurité sociale. J'étais bénéficiaire de la CMU de base et de la CMU Complémentaire et quand j'ai commencé à percevoir ma retraite RSI, la CPAM a refusé de me renouveler ma CMU au motif que je devais désormais être prise en charge par le RSI. Les deux organismes se renvoient la balle.

Les questions mettant en jeu les règles d'affiliation aux régimes d'assurance maladie obligatoire ou à la CMU de base sont plus souvent liées à un litige (respectivement dans 1 cas sur 4 et 1 cas sur 5) que beaucoup d'autres questions de la thématique 'accès et prise en charge financière des soins'. Nous avons déjà soulevé, dès 2012, ce constat d'une part plus importante des approches contentieuses pour ce type de questionnements.

Ce témoignage est une parfaite illustration de l'absurdité des mécanismes de forclusion en matière de frais hospitaliers.

Dans le cadre d'une hospitalisation, la dispense d'avance de frais est couramment pratiquée par les services administratifs de l'établissement de santé dès lors que l'assuré justifie de sa qualité d'assuré social par le biais de sa carte Vitale et de l'attestation Sécurité sociale correspondante. Le patient ressort donc souvent de l'hôpital, comme notre interlocuteur ci-dessus, sans avoir réglé aucune facture, à charge pour l'établissement de présenter celle-ci au régime d'Assurance maladie de l'assuré pour paiement. C'est là que les difficultés commencent, en cause la lenteur administrative et la combinaison défavorable de plusieurs textes :

- L'article L162-25 du Code de la Sécurité sociale indique aux établissements de santé de solliciter le paiement des prestations d'assurance maladie dans un **délai d'un an** à compter de la fin de l'hospitalisation ou de la réalisation des soins (en cas de soins externes).

Lorsque l'établissement ne fait pas cette démarche dans les temps, il se tourne alors vers l'usager qui a bénéficié des soins en question pour lui en demander le paiement. Pour faire cette démarche, l'établissement dispose d'un délai bien plus long que face à la Sécurité sociale et qui varie en fonction de son statut. S'il s'agit d'un établissement privé, le délai de prescription est de **5 ans** ; s'il s'agit d'un établissement public, le délai est de **4 ans**.

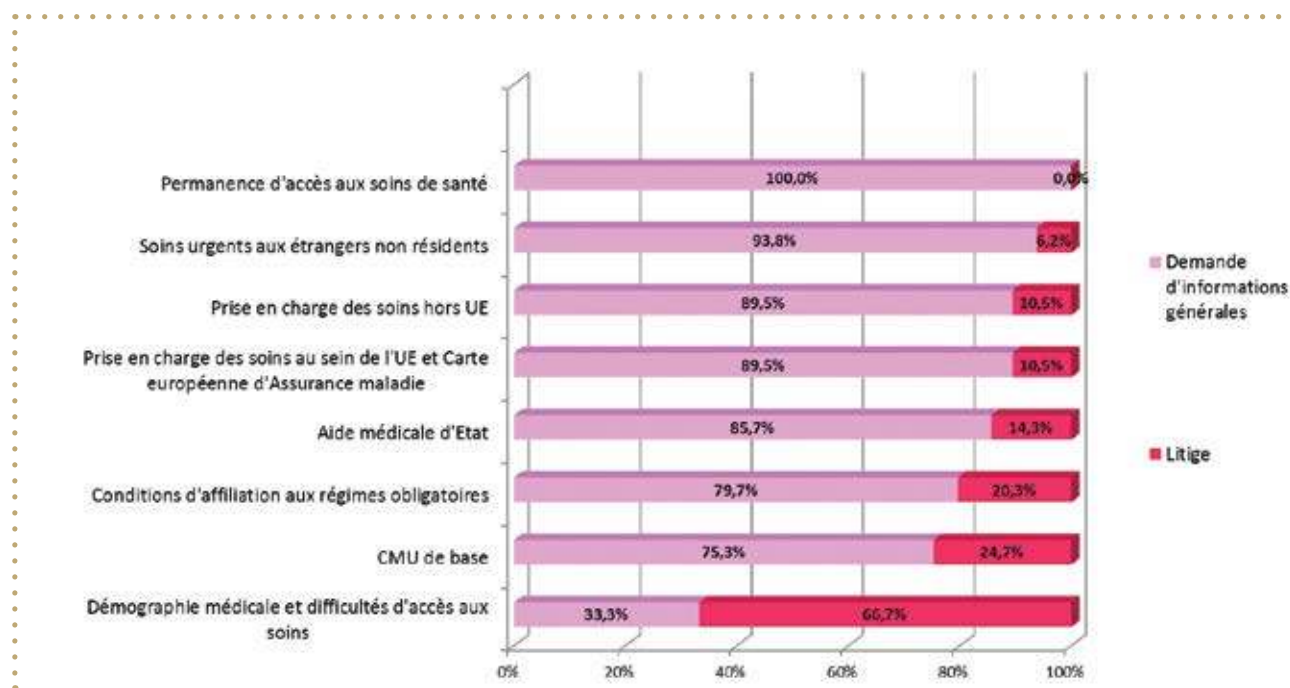
- Cet aspect ne poserait pas de difficultés majeures, si le patient réglant sa dette hospitalière pouvait ensuite lui-même se faire rembourser par la Sécurité sociale puis par sa complémentaire santé avec une feuille de soins produite par l'hôpital. Cela serait sans compter sur un autre délai de prescription, cette fois, entre l'assuré et la Sécurité sociale, prévu à l'article L332-1 du Code de la Sécurité sociale : « *L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; [...]* ». Le délai est le même pour présenter la facture aux complémentaires santé.

On aboutit donc à une situation aberrante telle que celle de notre appelant : l'hôpital tarde à présenter la facture à la Sécurité sociale du patient dans le délai de 1 an, demande le paiement de la facture à l'usager au bout de 3 ans (il est en droit de le faire dans un délai de 4 ans). L'usager paie et ne peut pas se faire rembourser par la Sécurité sociale et/ou sa mutuelle car il présente la facture en dehors du délai de prescription de 2 ans...

Il conviendrait d'harmoniser tous ces délais ou à tout le moins de prévoir des sanctions à l'égard des établissements qui ne présentent pas les factures dans le délai imparti aux risques de faire peser une dette souvent insurmontable sur leurs patients, voire sur leurs ayants droit comme en témoigne l'interlocuteur ci-dessous :



Je travaille pour une mutuelle et j'ai été contacté par l'un de nos adhérents qui se voit réclamer par l'établissement une facture non payée pour l'hospitalisation de son épouse en janvier 2010. Son épouse est décédée depuis cette hospitalisation et la facture a été établie postérieurement au décès. Est-ce légal ?



Nous ne cesserons pas de rappeler que les principes législatifs existent, il faut impérativement que les organismes de Sécurité sociale les appliquent :

- Tout résident sur le territoire français doit obligatoire être affilié à un régime de Sécurité sociale – article L161-2-1 du Code de la Sécurité sociale :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève. »

- Personne ne peut perdre le bénéfice de la prise en charge de ses soins de santé – article L161-15-1 du Code de la Sécurité sociale :

« Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil. »

- Les assurés bénéficient d'un an de maintien de droits à la Sécurité sociale, une fois ceux-ci expirés – article L161-8 du Code de la Sécurité sociale :

« Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces. »

Préoccupé par les témoignages reçus sur Santé Info Droits et par ceux recueillis par l'association 24 heures vitales, le CISS a interpellé le directeur de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés par courrier.

Il apparaît à ce jour plus que nécessaire :

1/ de faire appliquer par les caisses primaires d'assurance maladie le principe de l'affiliation immédiate, sur tout le territoire, à charge pour elles de vérifier à quel titre les droits seront ouverts (étudiant, salarié, indépendant, agriculteur, ayant droit ou à défaut, à la couverture maladie universelle de base) ;

2/ d'alerter, de manière systématique et sans délai, les assurés éventuellement en fin de droits à la Sécurité sociale et au sujet desquels les caisses n'ont pas d'informations leur permettant de les affilier à un régime précis.



C. Les usagers de Santé Info Droits face au tiers payant généralisé

Présentée à l'été 2014 en tant que mesure-phare du Projet de loi relatif à la santé, la dispense d'avance de frais en matière de santé, dispositif plus communément appelé « tiers payant », a connu un très fort écho médiatico-politique alors même que, fin 2014, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 étendait déjà ce dispositif aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

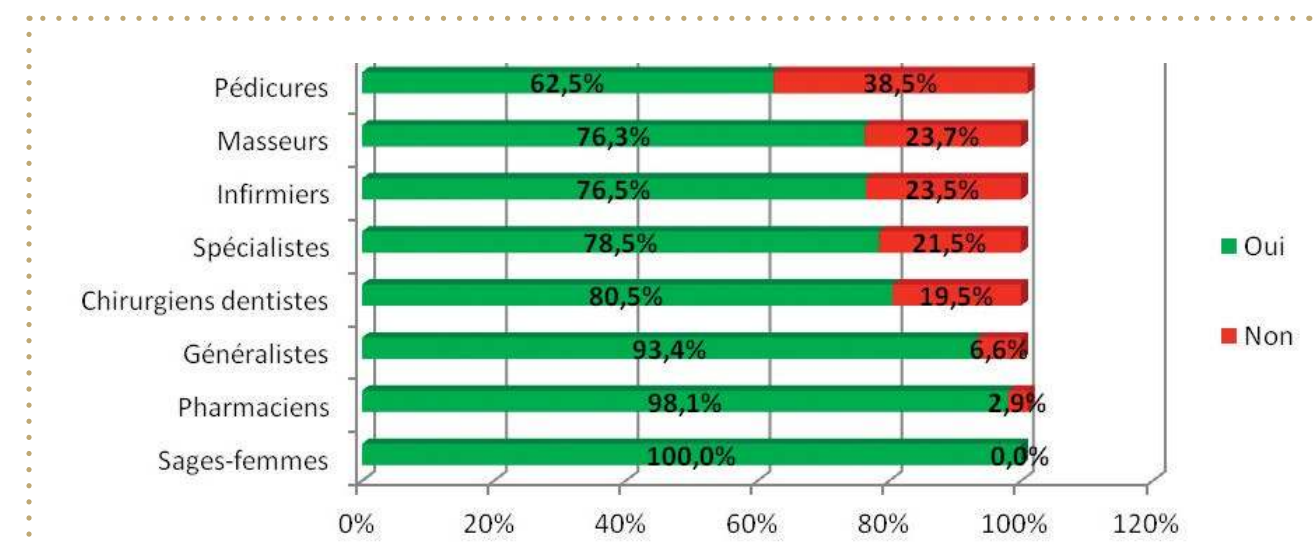
C'est dans ce contexte qu'il nous est apparu utile d'explorer l'expérience des usagers de Santé Info Droits sur l'utilisation actuelle par les professionnels de santé de dispositifs tels que la carte Vitale, la dispense d'avance de frais sociale ou légale ou encore la procédure Noémie (télétransmission des feuilles de remboursement entre la caisse de Sécurité sociale et la complémentaire santé).

Nous avons donc mené notre enquête-flash sur ces sujets du 30 octobre au 13 novembre 2014 auprès de 287 appelants de Santé Info Droits.

Elle nous apporte quelques enseignements intéressants :

- **Les professionnels de santé fréquentés par les appelants semblent déjà très fortement équipés du lecteur de carte Vitale**, favorisant ainsi la télétransmission des informations en vue du remboursement des soins au patient et bientôt, en vue du paiement de la prestation de santé au professionnel lui-même :

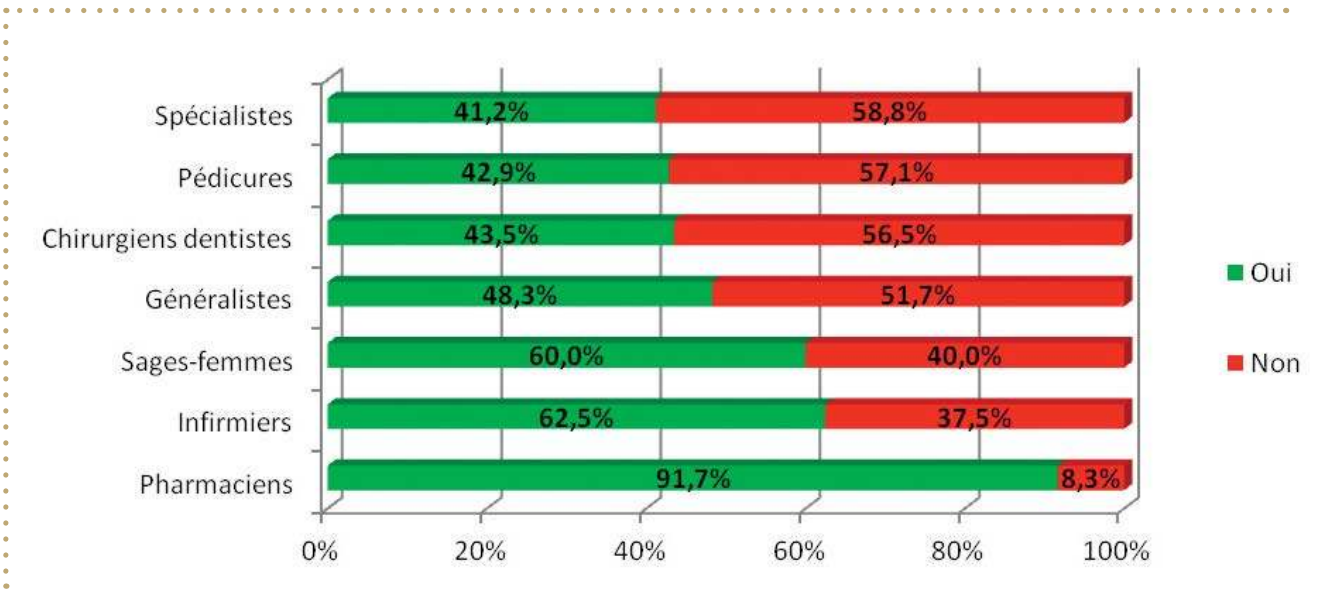
Les professionnels que vous consultez sont-ils équipés d'un lecteur de carte Vitale ?



- Les professionnels fréquentés par les appelants pratiquent déjà couramment la dispense d'avance de frais :

Sur la part Sécurité sociale : entre 41,2% chez les médecins spécialistes et 91,7% chez les pharmaciens.

Taux de pratique du tiers payant sur la part Sécurité sociale

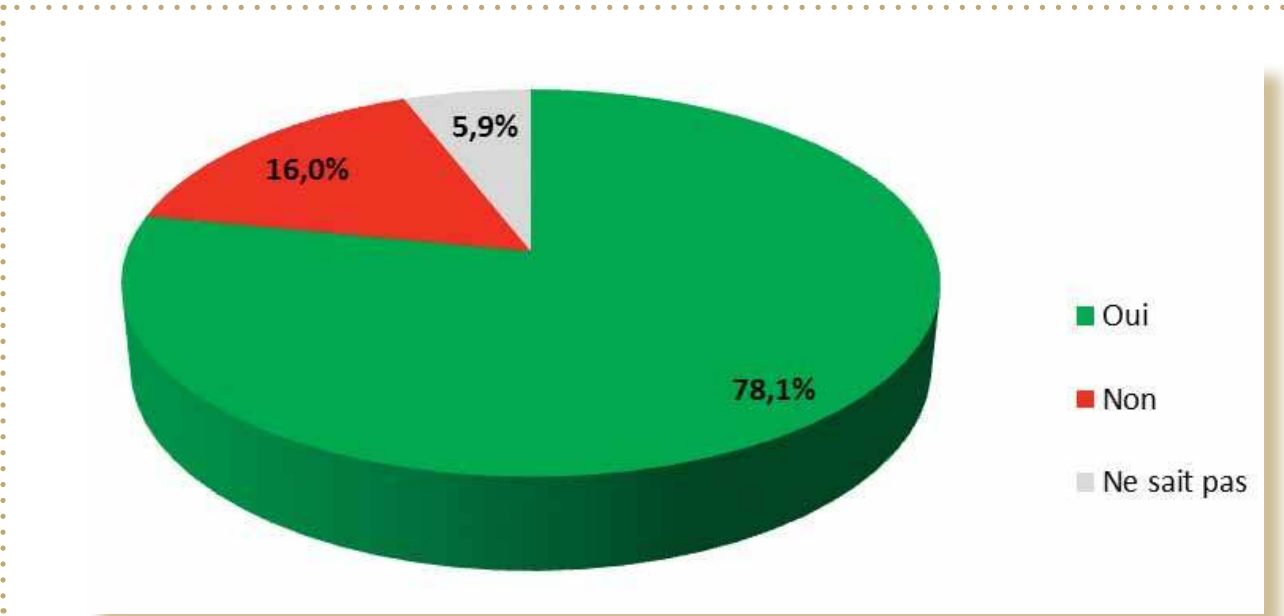


Sur la part complémentaire, plus faiblement...

Taux de pratique du tiers payant sur la part complémentaire



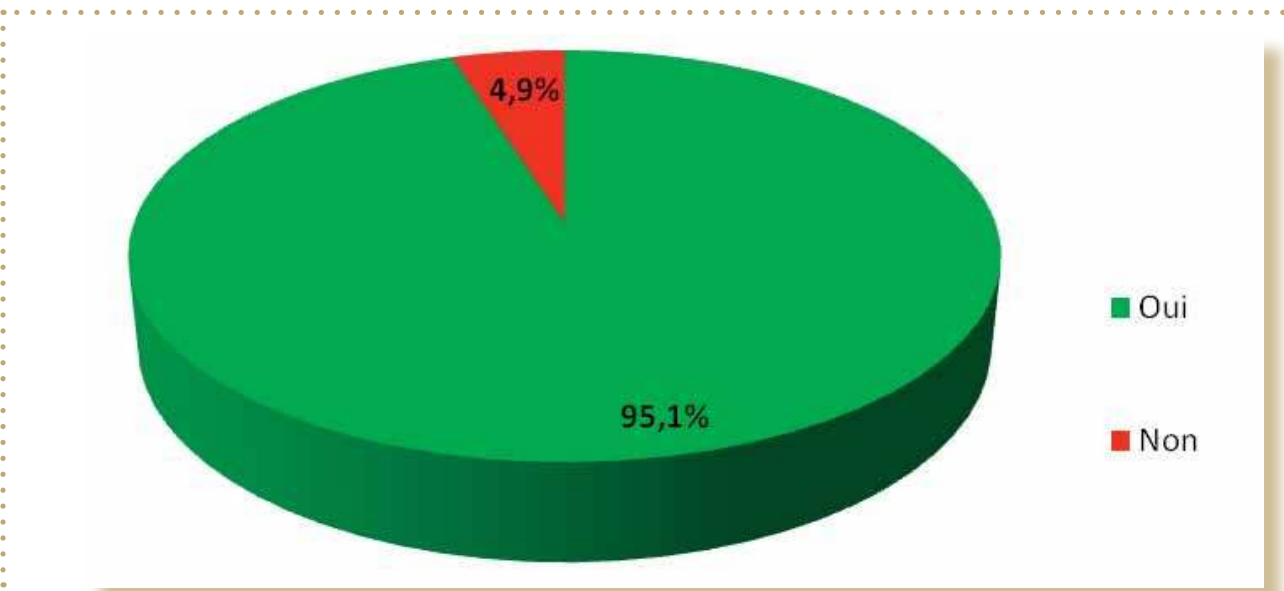
Parmi les personnes disposant d'une complémentaire santé, nombreuses sont celles qui bénéficient de la procédure NOÉMIE (télétransmission des feuilles de soins numériques entre l'Assurance maladie et la Complémentaire santé) :



Evidemment, ces chiffres sont largement à nuancer au regard du public répondant à notre questionnaire. En effet, les usagers de Santé Info Droits sont majoritairement des personnes malades, reconnues en affection de longue durée et fréquentant régulièrement les mêmes professionnels de santé, ceux-ci se trouvant alors plus en mesure d'octroyer des facilités de paiement à leurs patients.

- La généralisation du tiers payant bénéficie d'un soutien massif des usagers.

Etes-vous favorable au tiers payant ?



Au-delà de ce soutien massif, il nous est apparu pertinent d'offrir une tribune aux appelants afin qu'ils puissent préciser leur opinion quant à la généralisation du tiers payant à toute la population (sous la forme d'une question ouverte, sans les interroger par rapport à des propositions pré-établies).

Ci-dessous, le classement par thématiques des arguments mis en avant par les personnes sollicitant Santé Info Droits

 Vous êtes favorable au tiers payant pour... (95,1% des réponses)

► **1/... des raisons financières et de gestion de la trésorerie**

-  Pour des raisons financières. Il est confortable de ne pas avoir à sortir d'argent. Cela facilite la trésorerie.
- | J'ai de faibles revenus, je ne peux pas toujours avancer.
- | A fond pour ! Je serais contre mon porte-monnaie, sinon !
- | Je trouve ça très bien, en particulier, pour **les spécialistes car ça monte vite les honoraires**.
- | Plus facile surtout si le montant des frais est lourd.
- | Quand on a des problèmes de santé, c'est lourd d'avancer les frais.
- | J'ai **l'AAH**, je ne peux pas me permettre d'avancer l'argent. On ne devrait pas avancer les frais quand on a une maladie chronique.
- | Ca faciliterait la vie pour **les étudiants** comme moi : je dois toujours payer, ce n'est pas facile.
- | Je suis à la retraite donc ça aide pas mal... **Ce serait scandaleux de ne pas l'appliquer**.
- | Pas évident d'avancer les frais : la **moitié de mon salaire y passe**.
- | Plus confortable pour les patients même si beaucoup de praticiens pratiquent des dépassements.
- | Ce n'est pas toujours facile d'avancer les frais. En plus, **les délais de remboursement sont très longs** quand la carte vitale ne passe pas...
- | Je suis **arrêté depuis un an**, j'ai donc peu de moyens financiers et beaucoup d'examens médicaux à faire donc le tiers-payant, c'est bien.
- | Parce qu'on ne paie pas.
- | Intellectuellement, c'est génial et c'est étrange : on paie la sécurité sociale et la mutuelle par nos cotisations mais la notion de gratuité trouble l'esprit des gens, c'est normal. On a beaucoup de chance.
- | On est bien content quand on n'a pas l'argent. Les caisses de Sécurité sociale **refusent que ça s'applique aux dentistes : ce n'est pas normal**. J'ai demandé à mon dentiste mais il refuse parce que la Sécurité sociale ne l'autorise pas...

► **2/... plus de simplicité dans les démarches administratives**

-  C'est plus simple, cela évite les tracas administratifs.
- | Cela paraît normal de ne pas faire l'avance, c'est un **gain de temps** pour tout le monde.
- | **Eviter d'envoyer des papiers, c'est des économies** pour tout le monde.
- | Plus simple et plus rapide à traiter surtout : je le vois bien, **moi qui travaille en laboratoire**.
- | Dommage que le tiers-payant complémentaire ne s'applique pas aux mutuelles RATP qui n'ont pas signé d'accord pour qu'on puisse en bénéficier alors même qu'ils interdisent l'accès à leurs centres de santé aux ayants droit de leurs agents.
- | C'est plus intéressant.
- | Ma situation est particulière puisque :
- | 1/ je suis en ALD donc tout est pris en charge à 100% par la sécu, plus facile de dispenser de l'avance des frais, dans mon cas
- | 2/ Pour le ticket modérateur, je paye avec ma carte de crédit mutuelle...

► **3/... de meilleures conditions d'accès aux soins**

-  Ça permet aux gens d'accéder aux soins plus facilement.
- | Favorise l'accès aux soins des plus démunis.
- | Ca éviterait d'avancer les frais, **je verrais plus souvent mon psychiatre...**
- | Ca éviterait d'attendre les retours de remboursements et ça ne découragerait pas les patients à se faire soigner. On a des cartes à puce et des codes dans nos mutuelles, avec tous ces outils, le praticien devrait être sûr d'être payé. Et on ne devrait pas avoir à payer en plus.
- | Je ne pense pas du tout que cela va pousser à la consommation. Cela permet à des gens pauvres de ne pas attendre pour se soigner.

 Vous êtes défavorable au tiers payant parce que... (4.9% des réponses)

► **1/ Crainte d'une surconsommation des soins et de déresponsabilisation des patients**

-  Cela va pousser les gens à dépenser plus et augmenter le déficit de la sécu.
- | C'était bien avant lorsqu'on payait tout. C'est normal de payer.
- | Certains disent que ça va engendrer une explosion des consultations.
- | On est trop assisté en France, risque d'abus et de trop consulter et trop dépenser.
- | On ne sait plus où on en est. On ne sait plus ce qu'on consomme, tout est opaque...
- | Plus on donne aux gens, plus ils en veulent. Se maintenir en bonne santé doit être le poste prioritaire des ménages. Je milite pour une carte Vitale sur laquelle il y aurait des empreintes biométriques parce qu'il y a trop d'abus.
- | On parle de faire des économies, cela responsabiliserait les gens de les faire payer. Il y aurait moins de malades !
- | Les gens doivent avoir conscience que l'acte médical n'est pas gratuit.
- | Attention, il faut informer le patient du coût réel des soins dispensés pour le responsabiliser.
- | Je suis d'accord avec le tiers payant mais pas pour la part complémentaire sauf en cas d'urgence grave. Il faut que les gens se rendent compte du coût de la santé.

De fait, on retrouve dans ces appréciations, un certain nombre d'arguments véhiculés par les pourfendeurs de la mise en place de la généralisation du tiers payant.

Le CISS a déjà eu l'occasion d'expliquer en quoi ces craintes sont infondées :

- Sur la responsabilisation du patient : le ticket modérateur, les franchises et aux participations forfaitaires, les déremboursements de médicaments sont autant de mesures qui « responsabilisent » déjà les personnes malades bien au-delà du raisonnable.
- Sur la surconsommation des soins : s'il est souhaitable que la dépense augmente dans les premiers temps d'application du dispositif (c'est son objectif même que de faciliter l'accès aux soins aux personnes qui peuvent aujourd'hui rencontrer des difficultés du fait de l'avance des frais), il est important de bien dissocier ce meilleur accès aux soins d'une surconsommation. Des études,

notamment celle du Fonds CMU sur les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (pour lesquels le tiers-payant s'applique déjà), ont montré qu'une fois ce rattrapage initial effectué, le recours aux soins n'est pas plus important chez les bénéficiaires du tiers payant que chez les autres usagers.

► 2/ Des difficultés pour les médecins



- | Cela va poser beaucoup de problèmes à mon médecin.
- | Pas trop d'avis car c'est un problème pour les médecins.
- | Je me mets à la place des médecins : peut-être y a-t-il un problème qu'on ne connaît pas...
- | Pour les aspects négatifs, je pense que ça pose des problèmes techniques
- | Je suis très partagé. Je comprends les réticences des médecins.
- | Les généralistes sont encore à l'ancienne.
- | Ca simplifie les choses pour nous mais pas forcément pour les médecins qui tarderont peut être à être payés...

Les aspects techniques sont à prendre en considération. Cependant ceux-ci ne sont pas avérés s'agissant du tiers payant déjà appliqué aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (près de 6 millions de personnes au total). Le système actuel fonctionnant sur un segment important de la population, on peut penser que sa généralisation devrait pouvoir être menée de façon efficace et rapidement opérationnelle.



- | Je pense que cela risque de créer une invasion chez les professionnels comme pour les services d'urgence.

Cet argument est intéressant car l'un des objectifs de la généralisation du tiers payant est justement de faciliter l'accès à la médecine libérale de personnes ayant aujourd'hui plutôt recours aux seuls services des urgences des hôpitaux, car ne pouvant avancer les frais d'une consultation médicale en ville.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2014 :

Ma mère a été victime d'une rupture d'anévrisme. Elle est en centre de rééducation depuis octobre 2012. Jusqu'à maintenant, il y avait une prise en charge par la Sécurité sociale des frais de transport pour ses permissions thérapeutiques au domicile (transport en ambulance). On vient de nous dire que ce n'était plus pris en charge en citant une circulaire du 17 juin 2013... Nous sommes assez surpris voire scandalisés que ces sorties dont les médecins reconnaissent le caractère thérapeutique ne soient plus prises en charge. Est-ce vrai ? Comment contester ? Que faire ?

...

J'aide une personne qui a fait une demande de CMU qui a été acceptée mais la caisse refuse de lui donner sa carte vitale parce qu'elle n'a pas donné d'extrait intégral d'acte de naissance. C'est normal, ça ?

...

Je voudrais connaître la procédure à suivre concernant ma couverture santé. J'ai, par plusieurs fois, demandé des renseignements à la CPAM mais je n'obtiens jamais de réponses claires : je travaille en région parisienne chez un employeur français. J'habite en Allemagne et je suis marié avec une allemande travaillant en Allemagne. Je n'ai pas de domicile fiscal en France. Si je dois consulter un médecin ou aller à l'hôpital quand je suis à mon domicile (en Allemagne), quelle est la procédure à suivre pour mes remboursements de santé ?

...

Je vous appelle pour un étranger résident en France de façon irrégulière depuis plusieurs années : il travaille au noir et a déclaré le montant de ses salaires en faisant sa demande d'aide médicale d'Etat. Du coup, il dépasse le plafond de revenus de 92 € par mois exactement ! On lui a dit qu'il ne pouvait bénéficier d'aucune prise en charge de ses soins. Il est asthmatique et sa santé risque de gravement se dégrader s'il n'est pas soigné. N'y a-t-il vraiment rien de prévu pour permettre l'accès aux soins dans ce type de situation ?

...

Je suis sur la mutuelle de mon conjoint et là je viens de prendre un nouveau travail. La mutuelle de mon employeur me dit que je suis obligée d'adhérer à leur contrat de groupe même si j'ai une mutuelle avec mon conjoint, sauf si cette mutuelle est aussi obligatoire pour la famille. Ce qui n'est pas mon cas, je voulais savoir si c'était vrai.

...

Le patient a fait une demande de CMU-C et il a eu un refus mais on lui envoie un chèque de 550 euros pour avoir accès à l'ACS ? Qu'est-ce qu'il en fait ?

...

Je ne trouve pas de médecin traitant. Tous ceux que j'appelle me disent qu'ils ne peuvent pas prendre de nouveau patient.
Le conseil de l'Ordre me dit que ce n'est pas son rôle de m'en trouver.
Et la sécu ne fait rien. Le médecin conseil m'a dit qu'il fallait absolument que j'en trouve un mais ne m'aide pas.
Je suis en ALD et en invalidité pour deux pathologies, j'ai besoin de soins et de médicaments.

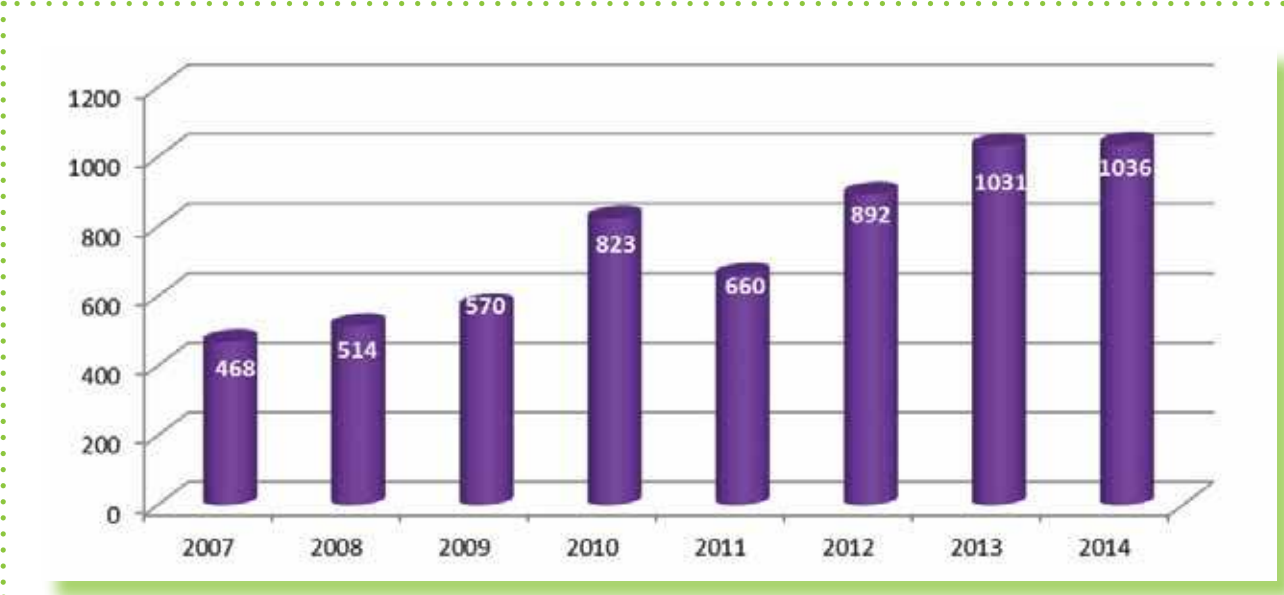
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

III. LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ

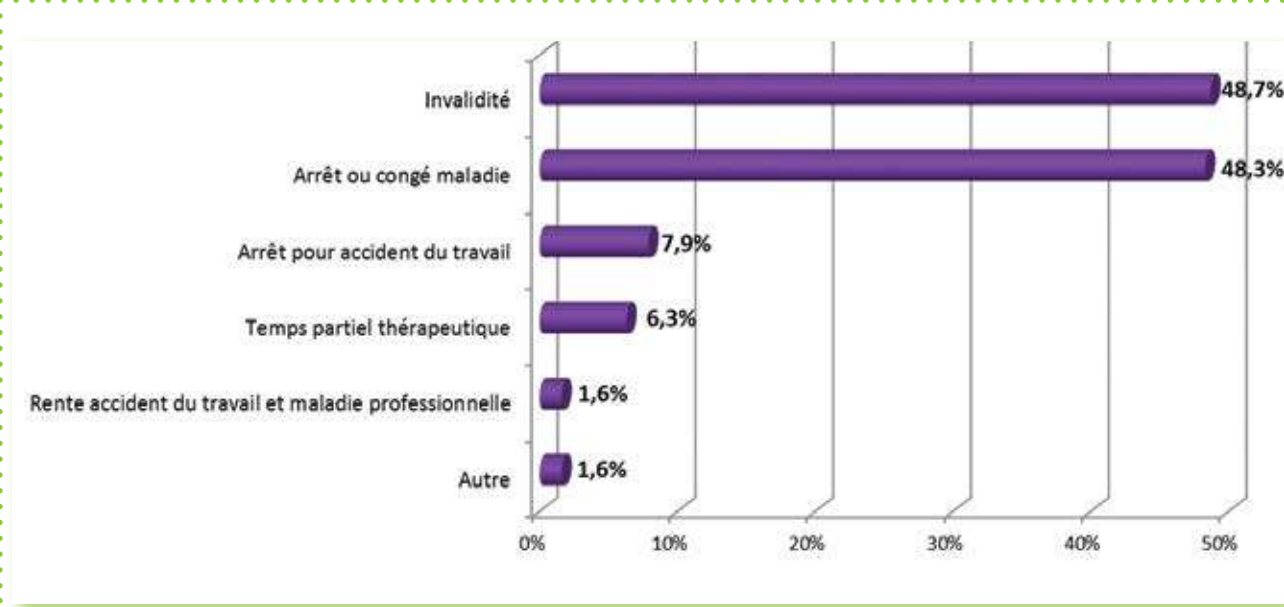


Rentrent dans le périmètre de cette thématique les sollicitations relatives aux prestations versées par les régimes obligatoires de protection sociale pour compenser une perte des revenus des travailleurs due à une incapacité de travail. Sont ainsi visées les prestations relevant de l'assurance maladie / invalidité / accident du travail/maladie professionnelle des salariés, ainsi que celles résultant du régime de protection sociale des fonctionnaires.

Evolution du nombre de sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie ou d'invalidité »



En s'arrêtant plus en détails sur la structuration de la thématique, on retrouve une répartition équilibrée des questions entre invalidité et arrêt maladie.



La maladie étant susceptible d'altérer la capacité de travail de manière soudaine et parfois durable et ainsi entraîner de substantielles baisses de revenus, les questions de revenus de remplacement prennent naturellement une place importante dans les préoccupations exprimées par les utilisateurs de Santé Info Droits. Ceux-ci se trouvent confrontés à des règles rigides, difficilement compréhensibles parfois inéquitables et dont l'application, diverse, interpelle :



Je vous renouvelle tout d'abord mes remerciements pour votre réponse précédente. Je reviens vers vous car je suis excédée par le traitement de mon dossier par la CPAM qui semble aujourd'hui mettre une mauvaise volonté évidente à faire avancer les choses. Pour rappel : je suis reconnue en affection de longue durée depuis 2004 et en arrêt du 6 janvier au 15 mars 2014 suite à une intervention chirurgicale dans le cadre de mon ALD. Les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 28 février 2014 puis suspendues sur décision du médecin conseil qui, ayant estimé que cet arrêt entraînait dans le cadre de mon ALD, il fallait que je fasse la preuve d'une période de reprise d'activité ininterrompue d'au moins un an pour rouvrir la fameuse période de 3 ans qui se serait éteinte en 2010. Il m'a donc d'abord été demandé de faire remplir par mon employeur une attestation faisant état de mon activité pour 2013 avec mes absences. Comme visiblement à chaque fois que mon dossier est traité c'est par une personne différente et que chacune met sa «patte», une seconde personne m'a demandé d'adresser cette même attestation mais sur une période à cheval sur 2010/2011 mettant en évidence une année complète sans aucun arrêt de travail que cela soit en ALD ou hors ALD. Hier, j'avais au courrier une 3ème demande d'attestation sur une période allant du 01/04/2008 (qui correspond effectivement à une date de début de reprise d'activité suite à un arrêt de 5 mois dans le cadre de mon ALD) jusqu'au 31/12/2013 (alors que mon dernier arrêt démarre le 06/01/2014). J'ai renvoyé un mail à la CPAM pour leur demander la raison de cette demande ; il m'a été répondu «voici notre adresse».... J'avoue que je suis excédée.

La période récente a vu naître des modifications du cadre législatif et règlementaire favorables aux assurés :

- la suppression d'une des conditions administratives exigées pour le bénéfice des indemnités journalières au-delà de 6 mois et des pensions d'invalidité.

Rentrée en vigueur en 2014, la suppression de la condition relative à l'exigence d'une période de travail de 200 heures au cours des 3 premiers mois d'une période commençant 12 mois avant un arrêt de travail constitue assurément une évolution plus que louable.

Ainsi, le témoignage ci-dessous, mis en exergue dans un rapport d'observation précédent, aurait trouvé une issue plus favorable et des situations semblables n'ont plus lieu d'être aujourd'hui, fort heureusement :



Je vous appelle car je viens de recevoir une lettre de la sécurité sociale et je ne sais pas comment je vais faire pour m'en sortir. Je suis mère de famille seule avec mes deux enfants. J'ai un cancer et une maladie rare, à cause de cela je suis en arrêt-maladie depuis 3 ans. J'ai fourni tous les papiers demandés par mon centre de sécurité sociale et pendant cette période j'ai reçu environ 550 euros par mois d'indemnités journalières. Ma santé ne s'est pas du tout améliorée et donc le médecin-conseil a pensé qu'il fallait me mettre en pension d'invalidité. On m'a redemandé mes fiches de paie et la lettre me dit qu'en fait je n'ai travaillé que 168 heures au lieu des 200 heures prévues lors du premier trimestre de référence et donc je n'ai pas droit à une pension d'invalidité. En plus ils me demandent de rembourser 16 000 euros pour les indemnités journalières que je n'aurais pas dû recevoir pour les mêmes raisons ! Si on résume : j'ai cotisé pendant plus de 20 ans, je suis malade, plus de travail, plus de revenus et 16 000 euros de dettes, je fais comment ?

- L'assouplissement des conditions de seuils pour le bénéfice des indemnités journalières et de la pension d'invalidité

Promis en 2014 et intervenu en début d'année 2015, l'abaissement du seuil relatif au nombre d'heures travaillées constitue également une avancée notable pour les assurés sociaux. Jusqu'alors, pour percevoir des indemnités journalières inférieures à 6 mois, il fallait que l'assuré justifie de 200 heures travaillées au cours des 3 mois précédant l'arrêt. Et pour bénéficier d'indemnités journalières supérieures à 6 mois ou d'une pension d'invalidité, 800 heures de travail au cours de la dernière année étaient requises.



La CPAM veut me basculer en invalidité en janvier 2015, mais apparemment je n'ai travaillé que 775 heures au cours de la dernière année et on m'explique qu'il en faut 800. Est-ce que j'ai un recours possible ?

L'abaissement des seuils respectivement à 150 et 600 heures permettra ainsi de mieux couvrir un certain nombre de salariés, notamment ceux exerçant une activité à temps partiel. Si cette évolution ne permet pas de s'affranchir complètement des effets néfastes accompagnant les logiques de seuil, elle n'en constitue pas moins une avancée conséquente pour les assurés concernés... qu'il convient de souligner.

Ces modifications législatives et règlementaires répondent à une nécessité d'adapter les textes

datant d'une époque révolue et en décalage avec le contexte actuel de l'emploi fait de précarisation et de parcours professionnels non linéaires.

A cet égard, il est particulièrement instructif de s'intéresser de plus près à la situation des demandeurs d'emploi reprenant une activité qui, entre textes mal appliqués et cotes mal taillées, peuvent se retrouver dans des positions inextricables et inéquitables.

Pour mieux appréhender les enjeux, il convient au préalable de rappeler le régime applicable aux demandeurs d'emploi en matière de droits aux indemnités journalières et à la pension d'invalidité. Un demandeur d'emploi bénéficie en effet d'un mécanisme globalement protecteur puisque les droits qui étaient les siens avant la rupture de son contrat de travail sont maintenus pendant toute la durée de son indemnisation par le Pôle emploi, et pendant 1 an à l'issue de celle-ci s'il ne retrouve pas d'activité professionnelle entre-temps.

La situation peut néanmoins se compliquer en cas de reprise d'activité.

Deux hypothèses sont à mettre particulièrement en évidence :

- La reprise d'une activité salariée à temps réduit avec maintien des allocations chômage

Dans une telle situation, le demandeur d'emploi peut potentiellement prétendre à des droits à l'indemnisation de son arrêt maladie à un double titre : en tant que chômeur, puisqu'il continue de percevoir ses allocations ; et en tant que salarié, puisqu'il a repris une activité.

Une circulaire de la Sécurité sociale prescrit très clairement de retenir l'examen des droits le plus avantageux pour l'assuré, dans le but de ne pas pénaliser le demandeur d'emploi ayant repris une activité à temps partiel.

Pourtant, à l'instar du témoignage suivant, cet examen à l'avantage de la personne semble loin d'être appliqué systématiquement.



Je travaille à temps partiel et je continue d'être indemnisée par le Pôle emploi. J'ai été en arrêt maladie pendant 6 mois entre janvier et juin 2014. La Sécurité sociale m'a refusé la prolongation des Indemnités journalières car je n'avais pas suffisamment travaillé dans les 12 derniers mois avant mon arrêt de travail. J'ai fait aussi une demande de pension d'invalidité qui m'a été également refusée pour les mêmes raisons. C'est une catastrophe parce que du fait de mon arrêt de travail, le Pôle Emploi a logiquement suspendu le versement de mes allocations chômage. Avant mon licenciement, je travaillais à temps plein depuis plus de 3 ans.

Dans le cadre des entretiens téléphoniques, nous avons eu l'occasion d'informer nos interlocuteurs sur l'existence de cette circulaire. Les retours d'expériences ont montré que la présentation de celle-ci se révélait efficace pour permettre finalement le versement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité – les caisses concernées admettant qu'elles n'appliquaient pas ces dispositions si l'assuré ne s'en prévalait pas.

Il est difficilement concevable de conditionner le bénéfice de revenus de subsistance à la connaissance par l'assuré lui-même d'une circulaire, dont seules les personnes suffisamment spécialistes du sujet peuvent avoir connaissance. La norme devrait être l'application systématique de la circulaire.

- La reprise d'une activité salariée faisant suite à une période de chômage

Avant 2012, l'ex-demandeur d'emploi reprenant une activité perdait du fait de sa reprise d'activité le bénéfice des dispositions de maintien de droits liés à son statut de demandeur d'emploi.

Pour corriger cette anomalie, des modifications législatives et réglementaires sont intervenues en décembre 2012. Désormais, les textes prévoient pour les demandeurs d'emploi (indemnisés ou non) le maintien de droits en cas de reprise d'activité. Toutefois, les décrets limitent l'application de ce dispositif aux reprises d'activité de moins de 3 mois, ce qui ne va pas sans produire des conséquences néfastes.



Je suis en arrêt maladie pour plus de 6 mois. J'ai été au chômage pendant plusieurs années et j'ai eu la chance de reprendre le travail. J'ai pu travailler pendant 3 mois et 10 jours avant mon arrêt jusqu'à ce qu'on découvre mon cancer. La CPAM considère que je n'ai plus le droit aux indemnités journalières. Est-ce vrai ? Le pire c'est qu'ils m'ont dit que si j'étais resté au chômage, il n'y aurait pas eu de problème.

Comme l'illustre cet exemple, il résulte de cette restriction qu'un certain nombre d'assurés restent fortement desservis par une reprise d'activité. C'est par exemple le cas des assurés ayant repris le travail à temps plein depuis une période comprise entre 3 et 4 mois (durée nécessaire pour acquérir les 600 heures exigées). Ces personnes malades peuvent se voir ainsi privées du droit aux indemnités journalières de longue durée où à la pension d'invalidité, droits qu'ils auraient conservés s'ils n'avaient pas repris le travail.

L'existence d'une telle fenêtre de non-droits confine à l'absurde au regard de l'importance des enjeux en cause et consacre l'inadéquation du texte qui nécessiterait d'être révisé et mis en cohérence avec l'objectif poursuivi de ne pas pénaliser le demandeur d'emploi reprenant une activité.

Nos rapports d'observation successifs ont déjà mis en évidence qu'en matière de réglementation de la protection sociale, le diable se cachait dans les détails. C'est en se basant sur ce travail d'observation et d'analyse de situations concrètes rejoignant par ailleurs un diagnostic convergeant des associations membres, que notre collectif portera fortement en 2015 des revendications visant à améliorer les dispositifs portant tant sur les indemnités journalières, les pensions d'invalidité que sur le temps partiel thérapeutique.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accidents du travail ou d'invalidité » en 2014 :

Je suis en arrêt maladie depuis 3 ans et la CPAM vient de me notifier l'arrêt des indemnités journalières sans me parler du temps partiel thérapeutique ni de l'invalidité. Je suis perdu.

...

Mon contrat de travail a été rompu conventionnellement il y a un an et demi. Je suis arrêté depuis 2 ans et demi. Le médecin conseil envisage de me faire basculer en invalidité de catégorie 1. Je me demande ce qui va m'arriver. Est-ce que l'invalidité m'empêchera de travailler à plein temps. Je pense que j'ai besoin de quelques mois pour être complètement consolidée, le médecin conseil est-il obligé de me faire basculer en invalidité ?

...

Ma mère est atteinte d'une sclérose en plaques singulière et invalidante. La sécurité sociale lui refuse une pension invalidité 3ème catégorie. Nous avons gagné devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité. Mais la caisse a fait appel et il y en a pour un an et demi. Que faire en attendant ?

...

Ma femme a eu une tumeur cérébrale. Elle a eu une intervention suivie de chimiothérapie. Elle a bénéficié d'un mi-temps thérapeutique qui se termine en mai prochain. Le médecin de la caisse a laissé entendre qu'il considérerait que son état ne justifiait pas une invalidité, et cela contre l'avis du neurochirurgien et du médecin de la Maison départementale des personnes handicapées. Que doit-on faire ?

...

Mon médecin veut me mettre en invalidité 1ère catégorie et on me dit que cela n'existe pas pour les fonctionnaires. Cela veut dire que si je travaille à temps partiel, je n'aurais pas de complément d'invalidité ?

...

Je suis fonctionnaire, je souhaite reprendre mon activité après un arrêt maladie mais le comité médical ne se réunit la prochaine fois que dans 2 mois. Que faire ?

...

J'ai eu un premier cancer pour lequel il y a eu un protocole de soins et pour lequel j'ai été arrêtée pendant 2 ans. J'ai repris à temps complet puis j'ai rechuté et j'ai repris en mai 2013 à mi-temps thérapeutique. L'employeur m'a contacté en mars 2013 pour me dire qu'il ne recevait plus mes indemnités journalières (il était subrogé dans mes droits). J'ai contacté la sécurité sociale qui m'a dit qu'il y avait un problème, et qu'ils ne savaient pas pourquoi mes indemnités journalières étaient arrêtées. En fait la sécurité sociale m'avait mis en invalidité à titre rétroactif à compter de janvier 2013. Du coup, l'employeur me demande de rembourser les 14 000 euros indûment versées au titre des indemnités journalières et me les prélève sur mon petit salaire puisque je ne travaille plus qu'à mi-temps. Ai-je un recours soit contre mon employeur soit contre la caisse car moi je ne savais pas que je n'avais plus de droit aux indemnités journalières et la caisse n'aurait-elle pas dû me convoquer pour préparer le passage en invalidité ?.

...

La Cnam refuse le cumul invalidité et indemnités journalières alors que les droits étaient reconstitués en s'appuyant sur une circulaire annulée. C'est normal ?.

...

Je suis atteint d'une rectocolique hémorragique et en ALD pour cette maladie. J'ai été en arrêt de travail il y a 3 ans pendant 9 mois et depuis ma reprise, j'ai été en arrêt une journée toutes les 8 semaines pour mon traitement en milieu hospitalier. La CPAM vient de m'informer que mes arrêts de travail ne seront plus indemnisés car il me faut une reprise d'un an sans interruption. Cela veut-il dire que je ne toucherai plus d'indemnités de la part de la sécurité sociale ? Faut-il que j'arrête mes traitements ?

...

En ce moment, je suis pris en charge en maladie par la sécurité sociale pour maladie ordinaire, mais avant cela j'étais en accident du travail pendant 9 mois suite à une chute de mon poste de travail. Le médecin conseil m'a mis en maladie ordinaire juste avant de rentrer à la clinique pour une opération du genou à la suite de cet accident. Je l'ai bien informé que cela venait de cet accident. Depuis je suis toujours pris en charge par la sécurité Sociale pour maladie ordinaire avec 4 opérations du genou en 2 ans. Je voudrais savoir si je peux faire appel à un expert pour contester cette situation. A un moment j'ai souhaité faire cette expertise, mais la Sécurité Sociale m'a contacté en me faisant savoir, que si je faisais une contre-expertise, que mes indemnités serait bloquées pour 3 mois. Ma situation à cette époque ne me permettait pas de vivre sans ressources pendant 3 mois. C'est ce qui avait motivé de stopper ma demande. Je voudrais vous demander conseil pour donner suite à mon dossier et obtenir si possible la révision de celui-ci.

...

Je suis en arrêt de travail depuis le mois de juin 2012 du fait d'un cancer du sein. J'ai repris mon activité à mi-temps thérapeutique depuis le mois de septembre dernier. Mon médecin traitant a fait une demande de prolongation mais le médecin de la Caisse a refusé et souhaite me passer en invalidité 1ère catégorie, ce qui est incohérent puisqu'il reconnaît donc que je ne suis pas encore en état de reprendre mon activité à temps plein. Que puis-je faire?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

IV. ACCÈS À L'EMPRUNT ET ASSURANCES



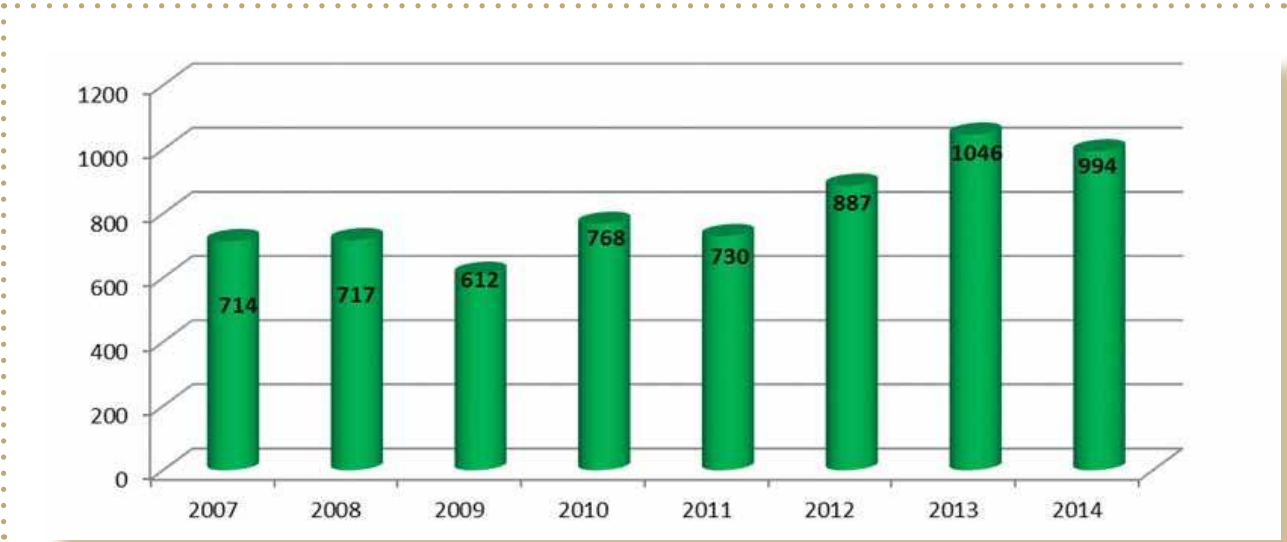
S'inscrire sans entrave dans un projet de vie malgré une maladie guérie ou non, se prémunir contre les aléas de l'existence apparaît au cœur des préoccupations de nombreux usagers de la ligne Santé Info Droits et constitue ainsi le 4ème sujet de sollicitations.

En légère régression par rapport à l'année précédente, les questions relatives à l'accès à l'emprunt et aux assurances ont frôlé en 2014 le seuil des 1 000 sollicitations.

journalières et l'incapacité permanente - avis favorable : décès, maladies graves et redoutées. Pour moi, tout cela est une discrimination car en cas de maladie, je me retrouve clairement à la rue car je ne pourrai assumer mes factures avec juste mes indemnités de sécurité sociale, à savoir 50% de mon salaire. J'aimerais savoir, dans une telle situation, quel peut être mon recours. Existe-t-il des assurances qui acceptent des personnes comme moi ayant une santé fragile mais qui peuvent continuer à travailler?

J'ai fait un prêt il y a 3 ans mais l'assureur du groupe bancaire m'assure pour très cher alors qu'il ne couvre aucun risque sauf le décès. Je trouve scandaleux qu'on ne puisse pas s'assurer dans des conditions normales, c'est de la discrimination, sinon du racket.

Evolution des sollicitations de la thématique « Accès à l'emprunt et assurances » depuis 2007



Ces questions portant sur l'accès à l'emprunt et aux assurances s'inscrivent dans un environnement législatif singulier souvent peu protecteur envers les personnes malades ou l'ayant été.

La logique assurancielle reposant par définition sur l'évaluation du risque et donc sur la sélection, c'est donc bien à de la discrimination – fût-elle légale – que sont confrontées les personnes nous sollicitant.

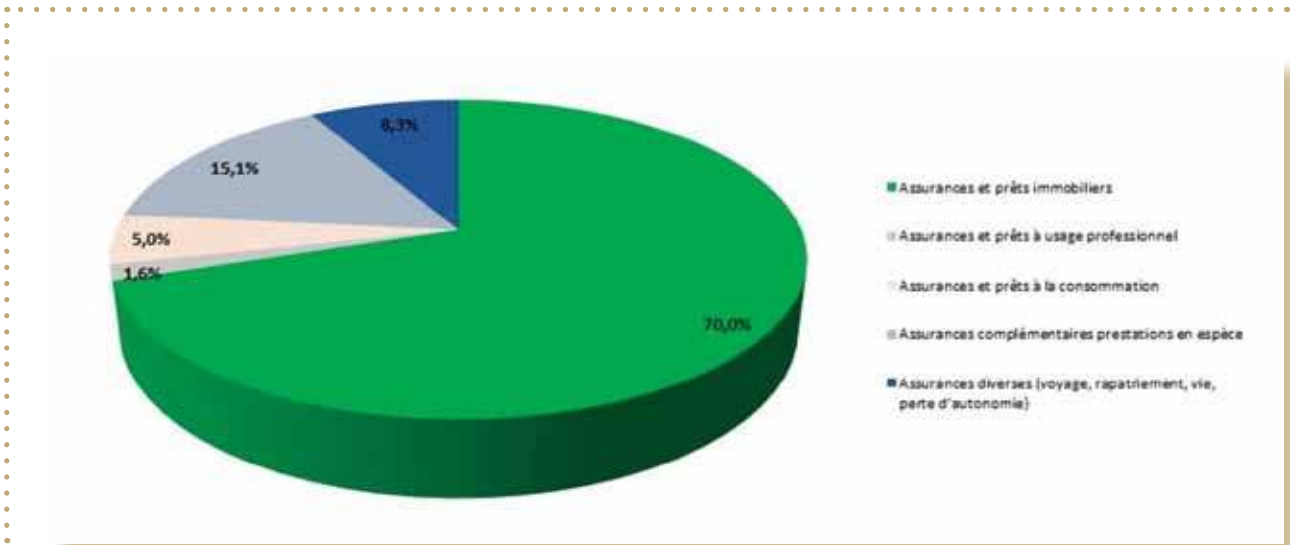


Je viens vers vous ce jour car je suis désemparée. Je travaille en tant qu'accueillante familiale pour personne adulte handicapé. N'ayant avec cet emploi aucune convention collective, aucun complément de salaire, aucune prévoyance en cas d'arrêt maladie, je me suis adressée à mon assurance pour leur demander une assurance perte de revenu + capital décès. J'ai monté un dossier en leur signalant tous mes problèmes de santé. A ce jour, je reçois leur réponse : avis défavorable pour les indemnités

Dans ce contexte, un processus conventionnel dénommé « convention AERAS » est déployé pour contenir un environnement juridique souvent perçu comme hostile par nos interlocuteurs.

La convention « AERAS » signée par les représentants des banques, des assurances, des associations de personnes malades et l'Etat a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et aux prêts par le biais de multiples mécanismes.

Le champ d'application de cette convention concerne les assurances couvrant les prêts immobiliers, les prêts à usage professionnel et les prêts à la consommation – ce qui représente plus de 75% des sollicitations relatives à cette thématique :



Signataire de la convention AERAS, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) en lien avec ses engagements conventionnels informe le public concerné, notamment par l'intermédiaire de Santé Info Droits.

De fait, en matière d'information, pour environ 3 sollicitations sur 4, les demandes s'inscrivent plutôt en amont du projet et sont le fait de candidats à l'emprunt confrontés ou ayant été confrontés à la maladie et anticipant les difficultés de concrétisation de leur projet :



J'ai été hospitalisée récemment pour une ponction lombaire et d'autres examens car une myélite m'a été diagnostiquée. Je vais être convoquée dans 3 mois par le neurologue pour avoir les résultats de tous ces examens et connaître peut-être l'origine et les causes de ma myélite. Entre temps nous avons enfin trouvé une maison à acheter. Nous allons donc rencontrer notre banquier et je m'interroge sur les conséquences de mon état de santé sur l'assurance pour notre crédit. Que pouvez-vous me dire de cela ? Avez-vous des conseils ? Comment m'en sortir «au mieux» avec une incidence moindre ? Je ne voudrais pas que cela fasse échouer notre achat. Est-ce que le fait d'avoir une assurance «maintien de salaire» va jouer en ma faveur ?

Le quart restant des sollicitations fait apparaître précisément des difficultés d'accès à l'emprunt et à l'assurance qui pouvaient être pressenties par les candidats recherchant des informations générales, cette proportion étant en léger recul après la hausse significative enregistrée l'année précédente.



Ces difficultés se répartissent de la manière suivante :

Refus pour raisons médicales	58,3%
Problème concernant l'existence et l'étendue de la garantie invalidité	12,6%
Taux de surprime considéré comme excessif par l'assuré	8,6%
Refus de la banque en raison du caractère partiel de la garantie proposée	4,6%
Défaut de motivation du refus	4,6%
Refus de garantie alternative	4,0%
Ajournement	3,3%
Non accès au prêt en raison de la nature des ressources	3,3%
Absence d'information du professionnel	2,6%
Refus en raison de la non solvabilité	2,6%
Non respect de la confidentialité	2,0%
Refus du principe de délégation d'assurance	1,3%
Questionnaire de santé non conforme	1,3%
Délais d'instruction de la demande non respectée par l'assurance	1,3%
Absence de passage au 3ème niveau	0,7%
Refus en raison de l'âge	0,3%

A l'instar des témoignages suivants, une majorité de ces appels concerne donc des assurés confrontés à des refus assuranciers, des exclusions de garanties ou bien encore à des surprimes prohibitives.

► Des refus :



Mon mari est handicapé à 80 % et a des problèmes de santé importants, mais il travaille néanmoins. Je travaille aussi et nous avons 2 enfants. Nous avons rencontré notre banquier afin de voir si un crédit immobilier serait possible. La banque nous accorderait un prêt sans soucis. Etant conscients de l'état de santé de mon mari, nous avons voulu demander un devis pour savoir combien l'assurance nous coûterait (nous ne pensions absolument pas devoir passer en commission pour savoir ça, et n'envisagions de toute façon en aucun cas un refus, nous pensions seulement devoir payer plus cher...). Verdict : nous avons été refusés au 3ème niveau de la convention AERAS. Nous essayons de trouver une solution à cette situation bloquée. Je sollicite donc votre aide, auriez-vous des pistes, des ébauches de solution ? Ayant été refusés au 3ème niveau de la convention, sommes-nous «fichés» dans tous les organismes d'assurances ? Grâce à mes recherches sur Internet, j'ai vu qu'il existe des assureurs spécialisés dans les risques aggravés de santé. Nous étions loin de nous douter que nous pouvions être refusés. Pensez-vous qu'il est encore possible pour nous de trouver un assureur ? Je vous précise que nous n'avons personne qui puisse se porter caution pour nous, et que nous ne possédons aucun bien qui nous laisse envisager une hypothèque par exemple... De plus, je n'ai pas un salaire suffisant pour prendre le crédit à ma charge seule. Je vous remercie beaucoup par avance de votre réponse, car nous sommes perdus et ne savons pas quoi faire.

► Des exclusions de garantie :



Je suis enseignante, atteinte de pelvi spondylite. Je dois acheter seule ma résidence principale mais je rencontre des difficultés pour l'assurance du prêt. En effet, l'assurance, sans me demander aucune information complémentaire au questionnaire de santé de base, m'a rendu une décision de garantie accordée pour le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie avec réserves : sauf si elle résulte d'affections rhumatismales et l'ITT consécutive à un accident. Mais ils refusent de garantir : «l'invalidité AERAS et l'incapacité totale de travail (ITT) consécutive à une maladie». Autrement dit, j'ai le sentiment d'être assurée pour rien finalement. A part un accident. Et même s'il n'y a pas de raison que je devienne invalide dans les 14 ans du prêt demandé, on ne sait jamais et je peux être sujette à une maladie... Et j'ai peur que la banque refuse le prêt qu'elle m'avait proposé. Merci de me conseiller et me dire quels recours je peux avoir.

► Des surprimes :



Mon mari a de l'hypertension et cela a généré une surprime importante associée à une exclusion dans le contrat d'assurance de prêt auprès de l'assurance du groupe bancaire. Du coup, cela ne passe plus au niveau de l'endettement. On peut aller voir ailleurs ce qu'on nous propose ?

On le comprend, ces réponses constituent de très sérieuses entraves à la concrétisation de ces projets. Elles ne relèvent pourtant pas spécialement d'une mauvaise application de la convention AERAS et nous permet de rappeler ainsi que la convention AERAS n'instaure en aucune manière un « droit à l'assurance ».

D'autres situations témoignent en revanche de pratiques professionnelles prenant des libertés certaines avec le contenu de la convention.

A cet égard, de manière résiduelle subsistent des résistances aux principes de délégations d'assurance ou de garanties alternatives.

Prévue depuis de nombreuses années par la Convention AERAS et consacrée plus récemment par la loi, la **délégation d'assurance** ou **déliation** permet au candidat à l'emprunt d'imposer à son organisme prêteur une autre assurance que celle de groupe proposée par la banque elle-même dès lors que les garanties sont équivalentes. Cela peut s'avérer intéressant car, pour une même situation, les réponses des assureurs peuvent être substantiellement différentes. Et pourtant... :



Nous avons un projet immobilier. L'assurance de la banque nous accorde le décès, la PTIA, l'ITT d'origine accidentelle et la garantie invalidité AERAS. Nous avons contacté d'autres assureurs qui nous offrent de meilleures garanties mais la banque ne veut pas en entendre parler....

Le principe de la garantie alternative oblige quant à lui l'établissement prêteur à examiner des solutions alternatives pour garantir le remboursement de l'emprunt en cas de défaut d'assurance.



J'ai un projet d'acquisition immobilière avec mon époux qui est atteint d'une maladie cardiaque sans incidences sur son quotidien. Pour autant nous n'arrivons pas à obtenir une assurance de prêt. Nous avons déjà reçu deux refus. Nous avons proposé une hypothèque immobilière sur un bien de mes parents mais le banquier a répondu que, sans assurance de prêt, notre situation ne serait pas examinée. Que pouvons-nous faire ?

Ce refus de principe apparaît pleinement contraire à la convention AERAS.

Si une très grande proportion des sollicitations intervient au moment de la souscription du contrat, environ 10% des questions font apparaître des difficultés de mise en jeu de garantie une fois l'emprunt en cours et le contrat d'assurance en application. Les litiges portent alors sur des fausses déclarations avérées ou supposées, l'application de telle ou telle exclusion de garantie prévue au contrat ou bien encore sur l'appréciation de la situation médicale de l'assuré.



L'assurance prévoyance que mon ami a souscrite considère qu'il a fait une fausse déclaration. Elle se fonde sur une IRM antérieure à la souscription qui mentionnait une suspicion de sclérose en plaques. Or, à l'époque, rien n'était sorti de cette IRM et ce n'est que plusieurs années plus tard que la sclérose en plaques a été diagnostiquée. Ont-ils le droit d'annuler son contrat et de refuser de verser les prestations complémentaires ?

En réalité, l'examen des sollicitations reçues montre que beaucoup de ces situations contentieuses trouvent leur origine dans le questionnaire de santé rempli par l'assuré à la souscription du contrat - que cela soit par rapport à son contenu ou la manière dont ce questionnaire est administré. Il est donc pertinent de s'attarder cette année plus particulièrement sur les différents enjeux autour de ces questionnaires de santé.

Il convient de rappeler en premier lieu qu'un certain nombre de principes, en la matière, est annexé à la Convention AERAS :

- Les établissements de crédit doivent veiller à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé.
- Il doit être proposé à l'assuré de le remplir seul soit sur place soit à son domicile.
- Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire.
- Les questions posées doivent être précises et porter sur les événements relatifs à l'état de santé.

Les témoignages suivants illustrent les conséquences pesant sur le non-respect de ces principes :

► **non-respect de la confidentialité :**



J'ai dû remplir le questionnaire de santé devant le banquier. Il s'agissait d'un questionnaire de santé détaillé pour la sclérose en plaques. Mais du coup, c'était restrictif car les questions étaient fermées et je n'ai pas voulu en parler au banquier. Du coup je n'ai pas pu apporter des éléments qui m'auraient permis d'être mieux assuré. C'est normal ?

► **une assistance prenant parfois des formes particulières :**



Je suis hémophile et j'envisage d'acheter un bien immobilier. Ma banquière, à qui j'ai parlé de mon état de santé, me dit que je vais peut-être avoir des difficultés d'assurance mais que je peux faire une fausse déclaration (en me disant « je ne suis au courant de rien, évidemment ;-) »). Qu'en pensez-vous ? C'est risqué, non ? C'est vraiment difficile dans mon cas de trouver une assurance ?

► **des questions perçues comme imprécises :**



Je suis atteinte d'un lupus. J'ai contracté un prêt en 2001 et comme mes revenus sont réduits du fait de mon arrêt maladie, j'ai demandé la mise en jeu de l'assurance. J'ai reçu un courrier me disant que je m'étais rendu coupable de fausse déclaration au motif que je n'avais pas déclaré un lupus ostéo-articulaire, une gêne respiratoire et un syndrome du canal carpien. Pour le lupus, je ne sais plus trop si je l'avais déclaré mais je crois que oui et que j'avais déclaré un lupus cutané, ce qui est le diagnostic dont j'avais été informée à l'époque. En revanche pour le canal carpien, moi je ne savais pas que c'était une pathologie. Pareil pour la gêne respiratoire, jamais je n'avais pris de traitement pour ça, ni été arrêté, je ne savais donc pas que c'était une maladie. Est-ce que ça vaut la peine de faire un recours ?

Au-delà du caractère parfois imprécis et insécurisant des questions posées, l'absence de limites dans le temps de certaines questions posées est également susceptible d'entraîner des difficultés. Pour remédier notamment à cela, les signataires de la Convention AERAS ont engagé et finalisé un travail d'harmonisation de formulation des questions intégrées dans les questionnaires de santé de 1^{er} niveau. Les représentants des assureurs ont dans ce cadre accepté de limiter dans le

temps les questions posées. Ainsi, les questionnaires de santé de 1^{er} niveau ne doivent désormais théoriquement plus porter sur un historique allant au-delà de 15 ans en ce qui concerne les prises en charge au titre d'une ALD et de 10 ans pour les arrêts de travail et les prescriptions de traitement médicaux.

Certaines descriptions reçues sur la ligne laissent à croire que cet engagement n'est pas toujours suivi des faits.



J'ai des questions à vous poser sur les questionnaires de santé que l'on remplit dans le cadre d'une demande d'assurance. On me demande notamment si j'ai pris des traitements médicaux sans faire référence à aucune temporalité. Est-ce qu'une personne qui a fait une dépression se voit systématiquement priver d'assurance toute sa vie ?

D'autres témoignages montrent en revanche que le respect de ces nouvelles dispositions se traduisant pour les candidats en faculté de ne pas déclarer des événements éloignés dans le temps est respecté. Etant entendu que l'assuré n'est censé répondre qu'aux questions qui lui sont posées, l'absence de précisions en la matière reste cependant génératrice d'ambiguïté :



J'ai eu un cancer il y a 17 ans. Le questionnaire de santé relatif à mon nouveau projet ne demande pas mes antécédents au-delà de 15 ans. Dois-je mentionner quand même mon cancer ?

Dans le cadre des avancées relatives au «droit à l'oubli», intervenues au cours du premier semestre 2015, et qui permettront notamment aux personnes ayant été atteintes d'un cancer il y a plus de 15 ans de ne plus avoir à déclarer cet événement, on ne peut que se féliciter du fait que cet écueil ait été évité par les signataires de la convention AERAS en s'attachant concrètement aux indications contenues dans les questionnaires de santé traduisant ainsi ce nouveau droit à l'oubli.

Ainsi, il est prévu que les questionnaires de santé devront très clairement mentionner que les personnes concernées pourront ne pas indiquer ces informations anciennes et qu'en tout état de cause, les assureurs ne pourraient tenir compte des éléments en lien avec cet événement qui aurait éventuellement été porté à leur connaissance.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès à l'emprunt et assurances » en 2014 :

Je m'interroge. J'ai déjà un crédit immobilier, on commence déjà à rembourser, mon conjoint est assuré mais pas moi. La banque m'a proposé de chercher une assurance à un meilleur taux. Mon problème, c'est que je me suis détectée une boule au sein. Je me demande s'il ne faudrait pas que je reporte le diagnostic à après la signature du contrat d'assurance, comme ça je n'aurai pas de problèmes...

...

Je suis co-emprunteuse pour un prêt à la consommation dans le cadre duquel l'assurance était facultative. J'ai refusé l'assurance et n'ai pas rempli le questionnaire de santé. Lors d'un entretien avec la banquière, elle a fait part d'un arrêt maladie remontant à 3 ans. Pourtant ce n'est pas ma banque habituelle et je ne lui ai rien dit. Comment a-t-elle pu savoir et auprès de qui puis-je me plaindre ?

...

Mon mari est diabétique. On vient d'avoir un accord pour un prêt immobilier et on a signé un compromis de vente. On a un mois pour signer la promesse mais on ne savait pas que sa pathologie était susceptible de provoquer des difficultés pour l'assurance. Est-ce qu'on s'est mis en difficulté par rapport à notre engagement ?

...

Je vous appelle pour une dame qui a donné un rein à son frère et qui se retrouve aujourd'hui en difficulté pour trouver une assurance de prêt immobilier sans surprime liée au risque de n'avoir qu'un seul rein. J'ai vu pourtant que désormais les assureurs ne devaient plus prendre en compte les conséquences relatives à un don d'organe, du coup je m'interroge...

...

Je voudrais emprunter pour m'acheter une voiture mais j'ai un cancer. J'ai demandé à ma banque mais ils refusent sans le justifier. Mon banquier pense que c'est parce que je suis en arrêt maladie puisque j'ai fourni mes bulletins de paie. Mais j'ai un maintien de salaire et je touche quand même 2000 euros par mois ! Pour rembourser 100-150 euros par mois, quand même... ! Est-ce que cela marcherait la convention AERAS pour moi ?

...

Une assurance prévoyance (je suis profession libérale) me propose une majoration de 30% du tarif de base au motif que j'ai eu un cancer thyroïdien il y a 16 ans. Cela me semble exagéré car ce type de cancer ne représente pas un risque élevé de rechute si longtemps après. J'ai écrit au service médical qui me répond que « la présomption d'un risque plus élevé par rapport à celui d'une personne de mon âge n'ayant aucun antécédent tumoral motive cette majoration » tout ceci basé sur « des données statistiques s'appliquant au plus grand nombre ». Je suis dégoûtée car cette maladie n'a jamais entraîné d'arrêts de travail hors norme. Ai-je un recours à part ne pas accepter cette assurance ?

...

Je me pose la question sur mes indemnités de prévoyance. J'ai été licencié alors que j'étais en arrêt maladie. La prévoyance a fonctionné pendant mon arrêt de travail et jusqu'à la date de mon licenciement. Etant en arrêt de travail avant la date de mon licenciement, la prévoyance ne doit-elle pas me prendre en charge comme tout salarié de ce contrat collectif obligatoire ? Ou le fait d'être licencié en étant en arrêt maladie rompt de fait l'engagement de cette couverture ?

...

Nous avons, en avril dernier, réservé un voyage avec une assurance annulation. En juillet, on m'a diagnostiqué une récurrence de cancer nécessitant un traitement fatiguant et imposant l'annulation de notre voyage. L'assurance n'arrête pas de nous demander des justificatifs complémentaires pour éviter de rembourser. Que pouvons-nous faire ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

V. SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL

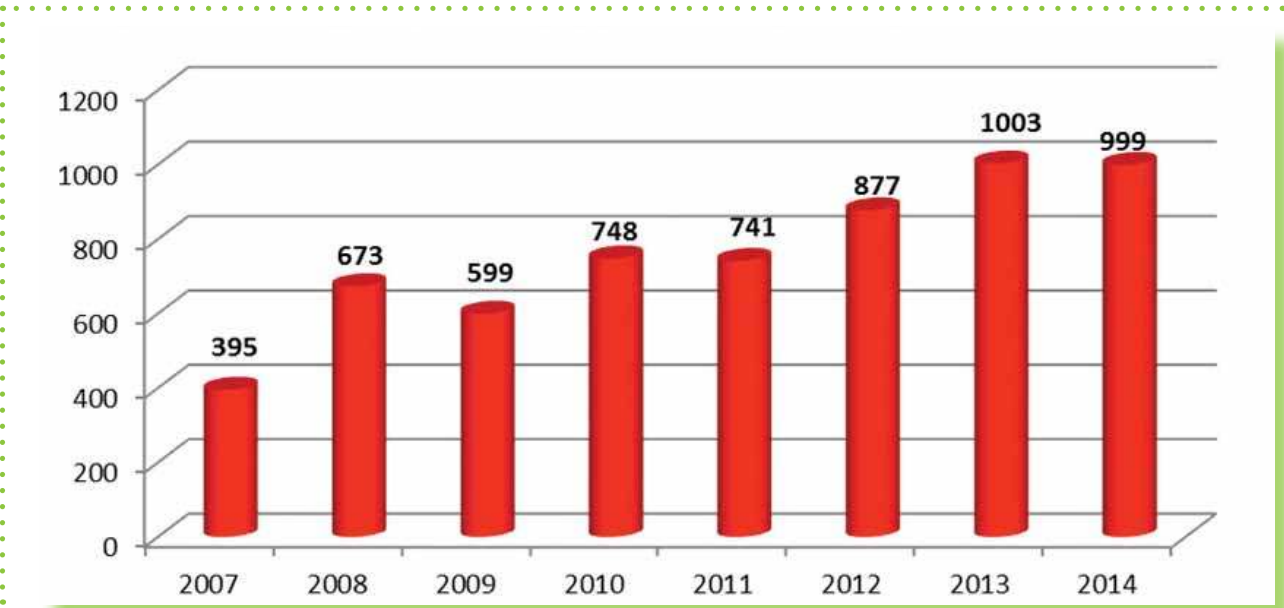


S'il ne rentre pas dans le champ d'intervention de Santé Info Droits de traiter l'intégralité des questions de droit du travail, il est indéniable que l'état de santé interfère, s'imbrique dans la vie professionnelle des personnes nous sollicitant. Que le travail soit envisagé comme un

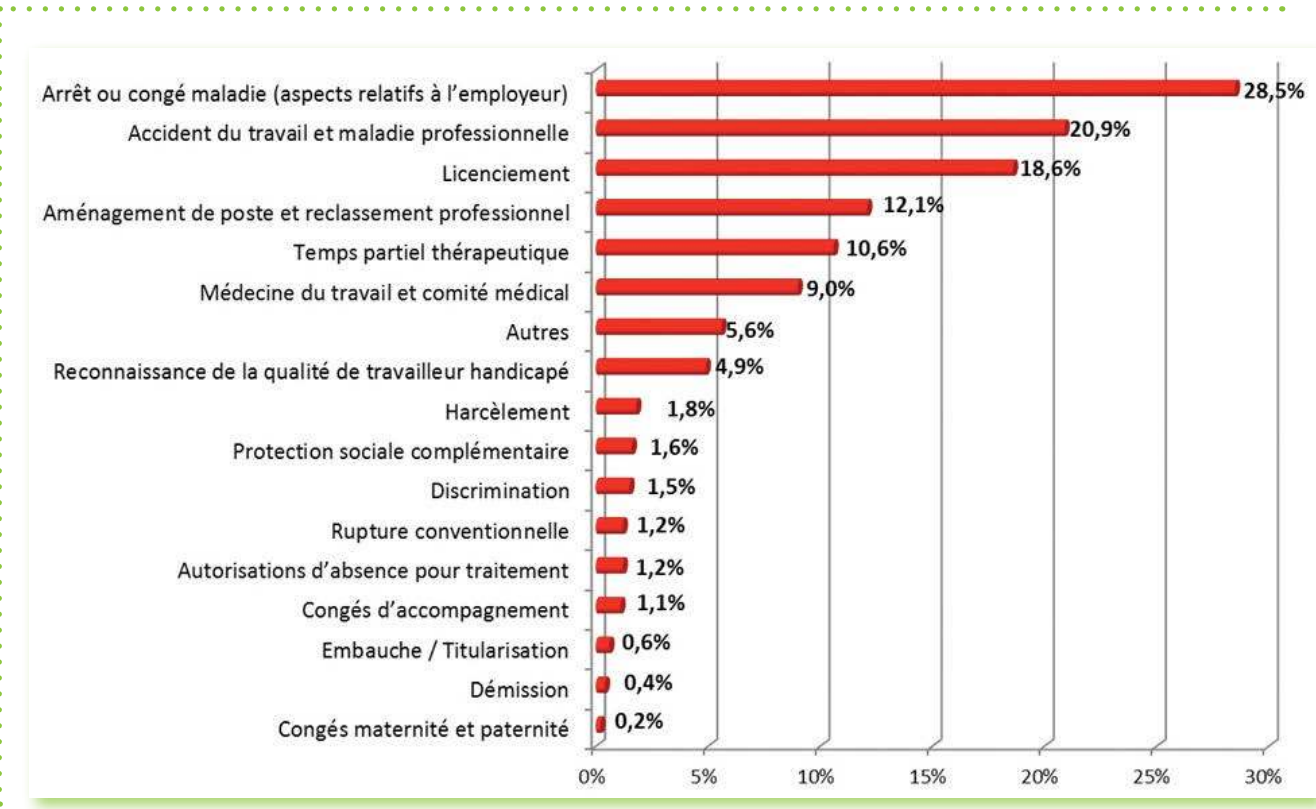
moyen de subsistance, une modalité d'épanouissement personnel ou comme la victoire contre la maladie, les échanges s'inscrivent bien souvent dans un contexte chargé de souffrances, à l'instar du témoignage suivant :

D'après mon entourage, je suis très appréciée et très consciencieuse dans mon travail. Je suis diabétique insulino-dépendant, et j'ai eu un cancer d'où chirurgie et 12 séances de chimio (horriblement difficile à supporter à cause de la cortisone) et malheureusement 10 mois d'arrêt de travail. Quelle joie de reprendre, afin d'oublier cette période difficile ! Je me suis donnée à fond pour prouver que j'étais capable d'être comme avant la maladie. Malheureusement, depuis ma reprise, je subis un harcèlement de la part de ma chef, qui me traite de nulle, qui m'insulte, et me dit que je ne suis pas assez efficace, et que je fais trop d'erreurs. Cela fait un an que ça dure et maintenant, je n'en peux plus. Je suis très déprimée, mon diabète est complètement déséquilibré, et j'ai peur d'une récurrence tellement j'ai mal au ventre. Je suis en arrêt maladie depuis une semaine, avec des anxiolytiques. S'il vous plaît, aidez-moi, c'est trop dur.

Le nombre de sollicitations de la thématique « Santé et droit du travail » est resté stable en 2014 après l'augmentation conséquente constatée l'année précédente.



Dans le détail, la ventilation des sollicitations est la suivante :



Si les questions relatives aux conséquences des arrêts ou congés maladie restent toujours le premier sujet d'interpellation (**28,5% des appels**), pour la première fois, les questions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles constituent la deuxième sous-thématique évoquée au cours des échanges.

Plus généralement, les questions de santé au travail représentent un enjeu au cœur des préoccupations des appelants de Santé Info Droits.

Une définition internationale commune du Bureau International du Travail (BIT) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) liste un certain nombre de principes en la matière. Rapprocher ces objectifs louables à la réalité exprimée par les utilisateurs de Santé Info Droits peut s'avérer un exercice périlleux tant le décalage peut être profond.

Ainsi, au regard des principes définis par l'OMS et le BIT, la santé au travail devrait viser à promouvoir et maintenir :

- le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions



Je vous appelle au sujet d'une personne qui a fait une tentative de suicide sur son lieu de travail suite un gros harcèlement de la part de son employeur. Une procédure de demande de reconnaissance de l'accident de travail est en cours. La personne est en arrêt maladie et le médecin a spécifié « sortie libre ». L'employeur a diligenté une contre-visite et la personne était endormie. Est-il en droit de suspendre le versement du complément de salaire ?

Cela fait 7 mois que je suis en arrêt maladie. Je viens de recevoir un courrier de mon employeur qui me demande des comptes et de revenir former mon remplaçant. Il dit que je désorganise l'étude. Le ton est très sévère et il menace de me licencier. Mon mari est allé le voir mais il a refusé de le recevoir. J'ai un cancer, je suis très malade. Je ne sais pas comment faire.

- prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par leurs conditions de travail, les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé



J'ai des problèmes au genou et la médecine du travail a pris un avis selon lequel je n'ai plus le droit de conduire. J'étais chauffeur. Mon employeur me demande de me déplacer en voiture pour me rendre sur un autre lieu de travail occasionnellement. Je ne veux pas, car le médecin du travail me l'a interdit.

J'ai reçu une personne qui est en arrêt maladie non rémunéré depuis 3 mois. Elle a eu un arrêt suite auquel le médecin du travail a demandé un aménagement de poste soutenu par l'Agefiph qui est intervenue dans l'entreprise à plusieurs reprises. Le poste n'a jamais été aménagé, elle a repris le travail et son état de santé s'est beaucoup aggravé. Est-il possible de se retourner contre l'employeur pour non-observation des recommandations médicales ?

Je suis enceinte et je suis exposée à des solvants et à du plomb dans le cadre de mon activité professionnelle. J'en ai parlé à la médecine du travail, mais rien ne se passe au niveau de mon employeur.

- placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques



Je suis en arrêt de travail pour une affection de longue durée depuis un an et j'en ai marre et je voudrais reprendre le travail en temps partiel thérapeutique. Mon médecin traitant, la sécurité sociale et la médecine du travail sont d'accord mais mon employeur refuse et préfère que je sois en arrêt de travail. Que puis-je faire ?

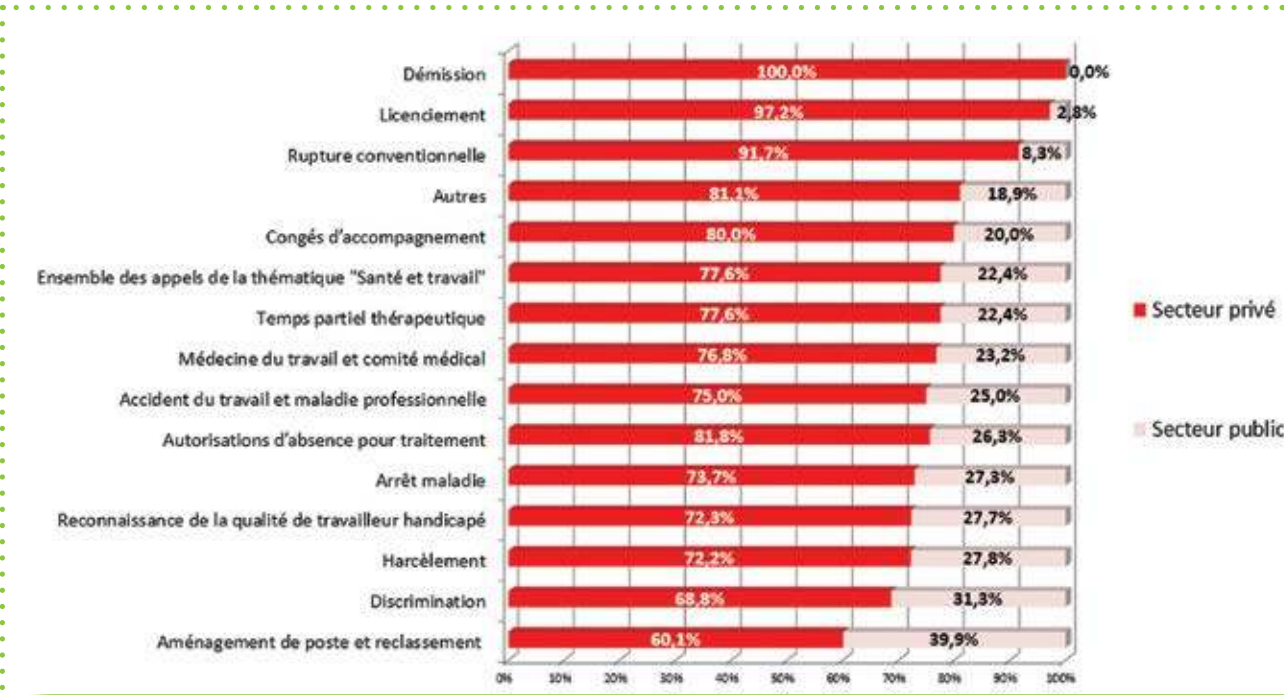
Je suis salarié d'une entreprise depuis plusieurs années en tant qu'aide médico-psychologique auprès de lourds handicapés. Mon état de santé personnel s'est cependant dégradé puisque je suis atteinte de fibromyalgie et de diabète. Le médecin du travail m'a déclaré apte mais a indiqué qu'il était urgent de me placer dans un autre poste auprès de personnes plus autonomes. L'employeur ne réagit pas. Que puis-je faire ?

Je suis aide-soignante, titulaire de la fonction publique hospitalière. Je suis atteinte d'une maladie grave. Il y a quelques mois, j'ai postulé sur un appel à candidatures interne pour un poste de secrétariat médical et j'ai été choisie. Ma DRH m'a alors conseillée de faire une demande de reclassement pour raisons de santé. Cette demande vient d'être acceptée, je suis donc déclarée inapte à l'exercice de la fonction d'aide-soignante et apte au poste d'adjoint administratif proposé. Or, en même temps, l'hôpital a appris que la dotation budgétaire qui leur est accordée ne leur permet plus de proposer ce poste. Je me retrouve donc inapte à mon poste et sans poste en reclassement à la suite. Quels recours ai-je pour sortir de cette impasse ?

Ma femme est en maladie professionnelle. Elle est dans la fonction publique hospitalière, travaille en crèche et elle a les épaules très abîmées. Elle s'est fait opérer deux fois et le médecin du travail refuse de préconiser les aménagements du travail nécessaires.

Comme ce dernier témoignage le montre, le secteur public n'apparaît pas spécialement vertueux en la matière. A cet égard, il convient de remarquer que la proportion la plus importante de sollicitations provenant de la fonction publique concerne les questions relatives au harcèlement, à la discrimination et aux aménagements de poste et au reclassement.

Répartition de la thématique « Santé et droit du travail » selon le secteur d'activité



Une particularité statistique de la thématique « Santé et droit du travail » en 2014 est l’augmentation massive des questions liées à la protection sociale complémentaire :

Evolution des sollicitations de la thématique « Santé et droit du travail » en 2014

Protection sociale complémentaire	+128,6%
Reconnaissance qualité de travailleur handicapé	+19,5%
Accident du travail et maladie professionnelle	+13,0%
Médecine du travail et comité médical	+5,9%
Autorisations d’absence pour traitement	0,0%
Discrimination	0,0%
Congé d’accompagnement	0,0%
Arrêt maladie	-1,4%
Licenciement	-2,6%
Aménagement de poste et reclassement professionnel	-8,3%
Temps partiel thérapeutique	-10,9%
Rupture conventionnelle	-14,3%
Harcèlement	-28,0%
Embauche et titularisation	-33,3%
Démission	-42,9%
Congé maternité et paternité	-60,0%

Ainsi, l’actualité en matière de **protection sociale complémentaire** (portabilité, généralisation des contrats de groupe) a trouvé un prolongement sur la ligne téléphonique.

Mise en place par l’ANI (accord national interprofessionnel) résultant des négociations entre partenaires sociaux et transposée par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l’emploi, la généralisation de la complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés du privé doit être déployée avant le 1^{er} janvier 2016.

Compte tenu des difficultés liées aux lacunes de prise en charge du régime de base de sécurité sociale déjà évoquées dans ce présent rapport d’observation, cet élargissement apparaît comme une bonne nouvelle pour les salariés des petites structures qui mécaniquement étaient moins couverts en l’absence plus fréquente d’obligations pesant sur les employeurs.

Toutefois, le témoignage suivant doit nous appeler à la vigilance concernant d’éventuels effets pervers causés par la généralisation de cette couverture sur la préservation de la vie privée des salariés vis-à-vis de leur employeur et d’éventuelles discriminations :

Je suis juriste dans une association d’aide aux patients VIH. J’ai été contacté par un usager dont l’employeur met en place une complémentaire santé obligatoire et souscrit également une prévoyance. L’employeur a été prévenu par l’assureur que cette personne posait problème et que le contrat groupe risquait d’être résilié.

Derrière ce comportement absolument inacceptable et condamnable, y compris d’un point de vue pénal, de la part de l’assureur se cache plus généralement le talon d’Achille du dispositif.

En effet, pour mieux comprendre les enjeux, il convient de revenir aux dispositions de la Loi Evin de 1989 qui constitue le régime juridique applicable encore aujourd’hui aux contrats de groupe obligatoires et portant aussi bien sur les complémentaires santé que la prévoyance.

Ainsi, l’article 2 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989 prévoit que :

« Lorsque des salariés sont garantis collectivement, soit sur la base d’une convention ou d’un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d’un projet d’accord proposé par le chef d’entreprise, soit par décision unilatérale de l’employeur, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l’intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d’incapacité de travail ou d’invalidité, **l’organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat** ou de la convention ou à l’adhésion à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations en nature de l’assurance maladie du régime général de sécurité sociale **ne peut être exclue du champ d’application des contrats ou conventions** visés au premier alinéa dans leurs dispositions relatives au remboursement ou à l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. »

S’il ressort de ces dispositions une volonté de protéger les salariés d’une discrimination individuelle, il ne faut pas se méprendre : rien n’interdit aux assureurs, sur la base des informations individuelles recueillies de refuser de couvrir l’ensemble des salariés de la structure ou de résilier le contrat collectif.

Quand il s’agissait d’assurer des entreprises comportant plusieurs dizaines de salariés, cet aspect posait très peu de difficultés, l’assurance considérant que le risque plus élevé lié à la situation médicale d’un salarié était dilué au sein du nombre important de salariés par ailleurs en « bonne santé » dans l’entreprise. Ce raisonnement n’est pas duplicable pour les structures plus petites. Sans renforcement du dispositif légal visant à protéger les salariés de la sélection, les risques sont grands de voir se multiplier des situations extrêmement problématiques :

- au mieux des situations de blocages se traduisant pour les petites entreprises par l’impossibilité d’accéder aux contrats de groupe suite à des refus successifs d’assureurs et donc de remplir leur obligation de proposer un tel contrat à leurs salariés ;
- au pire, à l’instar du précédent témoignage, à des violations directes ou indirectes de la vie privée de salariés pouvant avoir des conséquences graves sur leur contrat de travail (notamment en cas de période d’essai).

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire que le législateur trouve un moyen d’articuler de manière plus satisfaisante tous ces dispositifs.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et droit du travail» en 2014 :

Pouvez-vous m'informer si une personne classée en invalidité 2^{ème} catégorie par le médecin conseil de la CPAM peut continuer à adresser des arrêts de travail faits par son médecin traitant à son employeur afin de pouvoir rester dans les effectifs de la société ? Ou bien est-ce que la notification de pension d'invalidité peut servir de justificatif d'absence auprès de l'employeur ? Et enfin est-ce que le médecin traitant est en droit de délivrer des arrêts de travail malgré l'invalidité ? Merci de me répondre assez rapidement afin que je ne me retrouve pas dans l'illégalité vis à vis de mon employeur.

...

J'ai été hospitalisé pour une fibroscopie. Mon employeur me demande de poser une journée de congé alors même que je lui ai transmis le bulletin de situation. Est-ce que c'est normal ? Le site de la sécurité sociale indique que c'est équivalent à un arrêt de travail.

...

Je suis fonctionnaire de l'Education Nationale, professeur des écoles. Je suis atteinte d'un cancer du sein. Je vais être placée en congé longue maladie. Je m'interroge sur la conservation de mon poste de travail pendant et surtout est-ce que je vais pouvoir récupérer mon poste et mon affectation dans cette école. Je suis à 5 ans de la retraite, je ne me sens pas de tout recommencer avec une nouvelle équipe, peut-être loin de mon domicile. Je trouve des réponses contradictoires, au téléphone, on m'a dit que mon poste n'était pas réservé...Tout ça m'angoisse fortement. A l'heure où je devrais me préoccuper de la chirurgie ou de mon traitement, bref, de ma guérison, je suis en train de batailler pour comprendre les textes applicables...

...

Je suis actuellement en arrêt pour accident de trajet et mon employeur me réclame mon dossier médical. Je sais que ces documents sont confidentiels, pourriez-vous m'indiquer si un refus de communication des documents médicaux constitue une faute ? Le médecin du travail a eu les documents médicaux utiles.

...

Je travaille dans la fonction publique et je suis en arrêt depuis deux mois. Je souhaite reprendre en temps partiel thérapeutique mais mon employeur me dit qu'il faut six mois minimum d'arrêt. Mon médecin traitant me dit que, comme je relève de l'article L324-1 du code de la sécurité sociale, mes 6 mois de soins sont comme six mois d'arrêt et donc j'ai droit à un temps partiel thérapeutique. Qui a raison ?.

...

Je suis assistante sociale. J'appelle au sujet d'une salariée en arrêt de travail depuis 2010. Elle est en invalidité 3^{ème} catégorie avec des atteintes neurologiques qui l'empêchent de se déplacer. Elle ne pourra plus reprendre son travail et souhaiterait passer en inaptitude mais le médecin du travail lui a dit qu'il ne pouvait pas non plus se déplacer pour cette visite. Comment faire ?.

...

J'ai été licenciée le 30 janvier pour inaptitude et j'ai été en arrêt maladie jusqu'au 28 février 2014. Je suis en invalidité depuis le 1^{er} mars 2014. Au moment de mon licenciement mon employeur m'a proposé la portabilité de ma prévoyance sauf que, dans le contrat de prévoyance, à l'article 7, il est prévu un maintien de garantie lorsque l'arrêt est intervenu avant le licenciement. Alors est-ce que j'accepte la portabilité ou pas ?

...

Je suis bientôt en fin de CDD et actuellement en arrêt de travail. Est-ce que je pourrai bénéficier de la portabilité si je suis toujours en arrêt de travail ? Je m'inquiète compte tenu de la perte de salaire que je risque de subir.

...

Je suis séropositif, j'ai postulé pour un poste de machiniste. Jusqu'ici, j'ai réussi toutes les sélections et là je suis convoqué pour une visite médicale d'embauche et on me demande d'amener ma carte Vitale dans le cadre de cette visite. Je suis assez étonné car jamais pour mes précédents emplois on ne m'avait demandé de me munir de ma carte Vitale. J'ai peur qu'il puisse voir que je suis en affection longue durée.

...

Je suis fonctionnaire territorial et je suis en ALD. J'aimerais savoir si j'ai le droit à des autorisations d'absences pour soins. En fait, j'ai souvent à faire des examens médicaux pour le suivi de mes pathologies. En fait, moi, pour l'instant, je n'ai pas de problème, mon employeur me valide des autorisations exceptionnelles et je fournis un certificat médical. Mais j'ai une collègue qui est obligée de poser des congés payés. Du coup, pour elle et pour moi - plus tard si la pratique change en ce qui me concerne -, je voudrais savoir s'il y a un texte qui prévoit ces autorisations d'absence pour soins rémunérées.

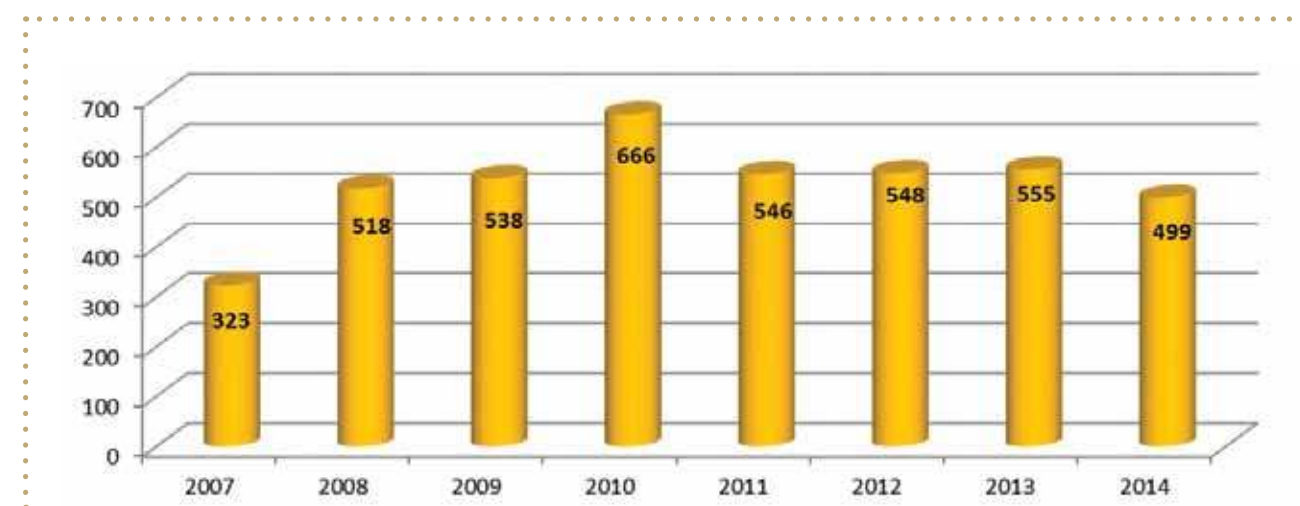
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

VI. SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE

Les questions relatives aux droits spécifiques des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie accusent une forte baisse en 2014 sans que l'on soit

en mesure d'en identifier une cause. Cette thématique reste, néanmoins, le sixième sujet de préoccupation des usagers de Santé Info Droits.

Evolution de la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » depuis 2007



Sont regroupés au sein de cette thématique des problématiques spécifiques à certaines populations plus vulnérables comme les personnes âgées dépendantes ou les personnes en situation de handicap, telles que :

- des ressources (allocation adulte handicapé, complément de ressources, allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé...) :



Je suis atteinte de fibromyalgie et d'une polyarthrite rhumatoïde. J'ai fait une demande auprès de la MDPH qui m'a reconnu la qualité de travailleur handicapé avec une invalidité comprise entre 50 et 79%. Mais la MDPH m'a refusé l'allocation adulte handicapé au motif que mon état n'entraînait pas de restriction substantielle et durable d'accès à un emploi. Qu'est-ce que cela veut dire ?

- des modalités de compensation du handicap (prestation de compensation ou allocation personnalisée d'autonomie...) :



Ma fille touche la prestation de compensation du handicap en établissement. Il lui arrive de séjourner chez nous pendant les deux mois d'été par exemple et dans ce cas la PCH ne lui est plus versée. Est-ce



normal ? Sinon elle rentre également chez nous le week-end et elle s'est vue attribuer 8 heures d'aides humaines mais il n'y en a que deux qui lui sont attribuées quand elle est avec nous. En plus, ce qui lui est dû n'arrive jamais à temps sur son compte, donc du coup, c'est moi qui acquitte les factures d'auxiliaires de vie.

- des situations de maltraitance :



Je suis directeur d'ESAT. Une usagère de l'établissement en situation de handicap sous la tutelle de sa mère nous a signalé que sa tutrice lui avait porté des coups. On nous a conseillé de faire constater ces violences par un certificat médical. Ai-je besoin de l'autorisation de la tutrice pour emmener cette personne chez un médecin ?

- des modalités de reconnaissance d'un statut particulier (carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, carte de stationnement...) :



Je vous appelle pour une femme de 39 ans qui est encore en cours de traitement dans le cadre d'un cancer. Elle n'a jamais été en arrêt et pendant ses séances de chimiothérapie elle travaillait dans le cadre d'un contrat aidé. En fin de contrat, elle s'est inscrite à pôle emploi. Aujourd'hui elle a du mal à trouver un emploi du fait de la conjoncture et également de sa santé qui ne lui permet pas de retrouver n'importe quel poste. Nous avons fait une demande de RQTH pour qu'elle puisse bénéficier de formations, ce qui a été refusé au motif qu'elle était encore en soins et pas stabilisée. Que peut-on envisager ?

- des obstacles encore et toujours à l'accessibilité...



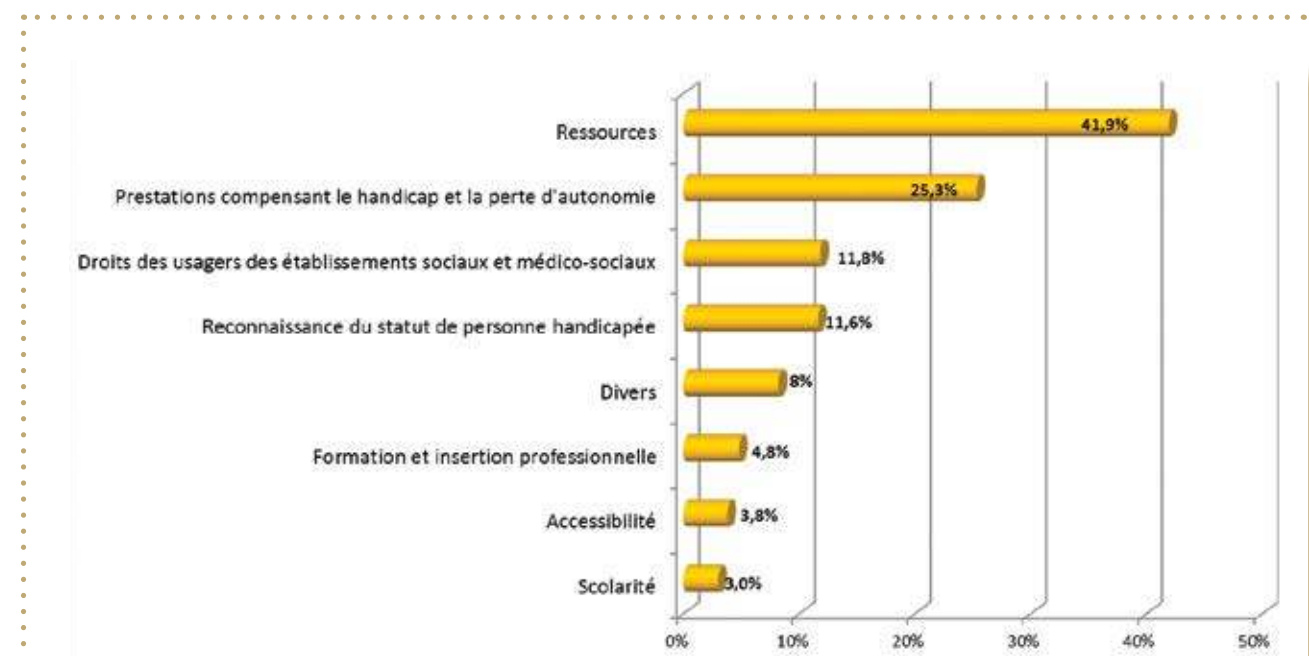
Je suis à la recherche de toute législation contraignante pour qu'une clinique puisse faire appel aux forces de l'ordre par rapport aux places de stationnement pour les personnes handicapées occupées par des personnes ne devant pas les utiliser.

... mais compensés parfois par d'heureuses initiatives :



Je suis voisine d'une femme myopathe qui va bientôt avoir besoin d'un fauteuil électrique. Je voudrais savoir si on pourrait, en tant que copropriété, bénéficier d'aides pour la mise en accessibilité des parties communes.

Répartition des sollicitations de la thématique « Situation de handicap et de perte d'autonomie » en 2014



Aux côtés de ces questionnements individuels propices à la diversité, s'expriment également des problématiques de droits collectifs exercés au sein des établissements sociaux ou médico-sociaux et pour lesquels une réglementation différente de celle des établissements de santé s'applique.

Par établissement social ou médico-social, on entend ceux qui sont soumis au Code de l'Action sociale et des familles et qui accueillent des personnes vulnérables du court au long séjour. Bien que des soins médicaux puissent être prodigués aux résidents malades chroniques, leur mission première n'est pas de soigner, comme c'est le cas des établissements de santé régis par le Code de la Santé publique.

Les établissements sociaux ou médico-sociaux prennent des formes et des missions diverses, en fonction, notamment, du public qu'ils accueillent (personnes âgées, enfants inadaptés, isolés, personnes en situation de handicap).

Sur Santé Info Droits, les questionnements portent majoritairement sur le fonctionnement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) :



J'interviens dans le cadre d'une association. Je viens d'avoir une aidante au téléphone dont la maman atteinte de la maladie d'Alzheimer vit en EHPAD depuis plusieurs années. Il semble que cette dame soit en fin de vie. Ses enfants voudraient lui faire faire des massages relaxants, afin de lui apporter un peu de bien-être. Ils sont confrontés au refus de l'établissement d'accueillir le kiné qu'ils ont trouvé pour ces massages - en sachant que celui de l'EHPAD ne travaille qu'à mi-temps et leur a dit ne pas être disposé à faire lui-même ces massages. Le médecin de l'EHPAD lui-même refuse de faire une prescription car il ne veut pas que cette demande soit récurrente. Pouvez-vous me dire dans quelle mesure l'établissement en question peut refuser l'intervention d'un thérapeute indépendant ? Sont-ils bien dans leur droit ? Si cette famille fait appel à une esthéticienne plutôt qu'à un kiné, sont-ils également en droit de le refuser ? Et s'ils obtiennent une prescription médicale de la part du médecin traitant de leur maman, l'EHPAD peut-il également refuser ces massages ?

Les recours en cas de dysfonctionnement ou les réclamations sur les modes de vie des résidents sont souvent complexes à mettre en œuvre dans un contexte où les personnes directement concernées sont rarement en mesure de s'exprimer et sont, par ailleurs, susceptibles de subir les répercussions d'une plainte en vivant au sein même de l'établissement, comme le père de cette appelante :



Mon père hémiplegique était hébergé dans un EHPAD. Nous avons eu des désaccords avec l'établissement (réclamations sur erreur dans la distribution de médicaments, problèmes de coordination des soins). La directrice de l'établissement nie tous nos constats. Elle a profité d'une hospitalisation en court séjour de notre père pour un bilan de contrôle pour nous envoyer un recommandé de résiliation sans préavis et sans délai de prévenance du contrat, au motif que la famille exerçait des pressions psychologiques sur les salariés. Notre seule action a été de remonter des dysfonctionnements et d'informer l'ARS. Notre contrat prévoit un mois de préavis. Elle a précisé à l'hôpital qu'elle refusait de reprendre notre père et que s'ils envoyaient une ambulance, elle refuserait l'accueil. La santé de papa ne s'est pas dégradée, nous avons payé d'avance. Nous avons posé une plainte au TGI et envoyé un recommandé pour demander la réintégration immédiate. L'ARS et le conseil général ont été informés mais précisent que ce n'est pas de leur ressort car c'est un litige d'ordre commercial. Nous cherchons d'urgence un autre établissement mais mon père est choqué. Que pouvons-nous faire contre ces pratiques illégales ?

Différents dispositifs ont été mis en place par le législateur pour veiller au respect des droits des usagers de ces établissements et pour favoriser des conditions de vie les plus propices :

- La personne qualifiée dont le rôle est d'aider, d'accompagner les résidents des structures médico-sociales à faire valoir leurs droits au sein de l'établissement. Une liste départementale de personnes qualifiées est disponible auprès de l'Agence régionale de santé ou du Conseil départemental. Le problème est que ce statut est méconnu non seulement des usagers eux-mêmes, mais également de leurs proches et souvent même des acteurs du domaine. Toutes les personnes qualifiées ne semblent, par ailleurs, pas avoir été désignées et leurs coordonnées ne sont pas disponibles. Il faut généralement les saisir par un courrier à l'adresse de l'Agence régionale de santé. En termes d'accès aux droits, on a connu mieux !
- Le Conseil de la vie sociale est une instance interne à l'établissement social ou médico-social dont l'objectif est d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement. C'est dans ce cadre que des représentants des usagers sont susceptibles d'interroger Santé Info Droits :



Plusieurs questions demandent une réponse éclairée de votre part:

- L'évaluation externe de l'EHPAD a eu lieu dans notre établissement cette semaine et notre conseil de vie sociale (CVS) a été déclaré illégal au prétexte que les représentants des familles n'y sont pas présents. Le directeur, fin 2013, avait fait une lecture différente des textes applicables. Il a considéré que les résidents étaient en nombre suffisant pour former le conseil de vie sociale et qu'il n'était pas utile de faire appel aux familles. Il semblerait que les familles et les tuteurs doivent être représentés. Pouvez-vous m'éclairer sur ce sujet, notre directeur ayant, depuis, quitté l'établissement ?
- D'autre part, la personne mandataire judiciaire de notre établissement peut-elle prétendre représenter les familles au CVS ? Et peut-elle, en tant que mandataire judiciaire, avoir la fonction de responsable des entrées en EHPAD et membre de la commission d'admission en EHPAD ? Juge et partie ??

L'article D311-15 du Code de l'Action sociale et des familles nous renseigne plus précisément sur les missions de cette instance :

« Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. »

Les préoccupations de nos usagers ci-dessous pourraient alors pleinement relever d'une saisine du Conseil de la vie sociale (CVS), bien que la frontière nous semble ici extrêmement ténue entre « vie quotidienne » et « respect des droits » :



Ma mère a 92 ans et elle vit dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) où la décision a été prise d'interdire les visites à l'heure des repas. Ma mère est mal voyante et le soir elle se retrouve seule pour manger. Donc elle est contrainte de se servir de ses mains.

Je suis handicapé moteur et j'aimerais pouvoir dormir avec ma fiancée qui est dans le même établissement. Moi, je suis en foyer et elle en maison d'accueil spécialisé. Le directeur me dit que ce n'est pas possible car la loi l'interdit. Le Conseil de la vie sociale confirme. Qu'en pensez-vous ?

Enfin, une saisine de l'Agence régionale de santé ou du Conseil départemental, en tant qu'autorité de tutelle de ces établissements, peut toujours être pertinente, bien que moins rapidement efficace.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » en 2014 :

Ma fille de 10 ans n'est pas scolarisée car elle est épileptique et son projet d'accueil individualisé prévoit une piqûre intra-rectale. L'infirmière refuse et dit qu'elle ne peut faire ce type d'acte par peur des poursuites pour attouchement. Le médecin scolaire confirme la position de cette infirmière.

...

Je suis fonctionnaire agent hospitalier en arrêt maladie. J'arrive en fin de droits au congé de longue durée en septembre. Après avis du médecin du travail et du comité médical, je vais être mis à la retraite pour invalidité. Je cherche à trouver un complément de ressources à la pension que je percevais. J'ai fait une demande de complément AAH qui m'a été refusée au motif que mon invalidité était inférieure à 80%. Que puis-je faire ?.

...

J'ai l'allocation solidarité spécifique (ASS) depuis plusieurs années. Depuis peu, la MDPH m'a désigné aidant familial de mon conjoint handicapé psychique, avec une prestation de compensation (PCH), 3h par jour pour «surveillance et actes essentiels». Dans le certificat médical de son médecin, il est précisé qu'il a besoin d'une «tierce personne en permanence» (présence de sa compagne). Je ne peux pas le laisser seul pour aller travailler : Suis-je en droit de demander une majoration du taux horaire car je dois «renoncer» à travailler sachant par ailleurs que je n'ai pas de travail, mais que je suis rémunéré par Pôle emploi pour recherche d'emploi en CDI temps plein ? Dans le tableau des tarifs et montants applicables des différents éléments de la prestation de compensation, il est mentionné que l'aidant familial dédommagé peut prétendre à une majoration du tarif horaire, «si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle». L'administration ou la MDPH peut-elle ne pas prendre en compte le certificat médical en ne me donnant que 3h par jour de dédommagement ? La MDPH me dit qu'ils ne prennent pas en compte les «actes essentiels» car mon compagnon n'a besoin que de «sollicitations» et «stimulations» pour faire la toilette, habillage, etc. Pourtant dans l'annexe 2-5 du Code de l'aide sociale et des familles, dans les modalités de l'aide humaine, il est précisé que l'aidant peut intervenir pour guider, stimuler ou inciter le malade dans la vie quotidienne. Mes questions sont les suivantes: est-ce que ce type d'aide est pris en compte dans le calcul des horaires d'aides humaines pour les actes essentiels ? Comment la CDAPH quantifie ces besoins ?

...

Dans un cas de dénutrition sérieuse constatée cliniquement et biologiquement chez une personne de 90 ans résidente en EHPAD, qui finance les compléments nutritionnels oraux prescrits par le médecin? L'établissement dit ne pouvoir fournir que de la poudre de lait et non des compléments nutritionnels.

...

Je m'occupe de quelqu'un qui a fait une demande de carte d'invalidité, laquelle lui a été refusée par la MDPH. Il se pose la question de l'opportunité d'un recours contre cette décision. Il est stomisé urinaire et dans notre département, à la différence du département voisin, cette demande est souvent rejetée.

...

Je suis handicapé et le directeur de la MDPH me refuse une place en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) alors que je veux travailler. Je voudrais savoir ce que je peux faire...

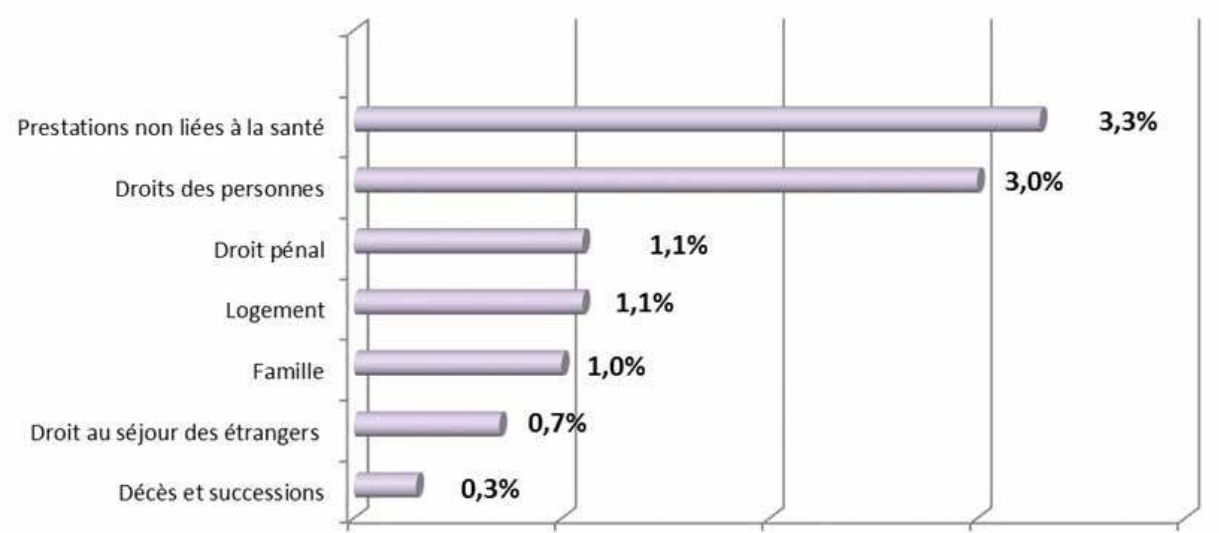
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS dans le recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2014, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

VII. AUTRES THÉMATIQUES DE SOLLICITATIONS

Plus en retrait d'un point de vue quantitatif par rapport aux sujets abordés précédemment, ces diverses thématiques non directement connectées au droit de la santé font émerger des interrogations pour lesquelles l'état de santé est un élément déterminant à l'exercice des droits des personnes sollicitant Santé Info Droits.

Que cela soit sur des sujets aussi variés que le chômage, la retraite, le droit des majeurs protégés ou bien encore sur celui du droit au séjour des étrangers, la maladie, l'invalidité ou le handicap sont susceptibles d'influer grandement sur les droits des personnes malades.

Répartition des sollicitations de la thématique « Autres thématiques de sollicitations » par rapport à l'ensemble de celles-ci :



Par l'intermédiaire de ces différents verbatim, voici un tour d'horizon, non exhaustif, des problématiques rencontrées :

► non-respect de la confidentialité :



J'ai été en CDD pendant 4 mois de septembre à décembre. J'ai été en arrêt maladie pendant 2 mois et demi durant cette période et travaillé pendant plus de 610 heures au cours des mois précédents. Je remplis les conditions générales d'ouverture aux allocations chômage, pourtant Pôle emploi refuse de me verser les allocations chômage en avançant que les périodes d'arrêt maladie ne sont pas prises en compte et que mes droits ne sont donc pas ouverts aux allocations. Que puis-je faire?

► Les conséquences du temps partiel thérapeutique sur le calcul des indemnités chômage :



J'ai bénéficié d'un arrêt maladie pendant huit mois puis j'ai travaillé pendant 3 mois à mi-temps dont un mois à mi-temps thérapeutique. Mon CDD ayant pris fin, je suis inscrit à Pôle emploi qui prend pour salaire de référence mon mi-temps alors qu'avant mon arrêt maladie je travaillais à plein temps et avec un salaire bien supérieur, puisque du fait de ma maladie, je n'ai pas pu prétendre au même poste à mon retour. Est-ce normal ?

► Les interactions entre chômage et invalidité :



J'ai du mal à comprendre les règles de cumul d'allocation de retour à l'emploi et l'invalidité de 2ème catégorie. Je perçois aujourd'hui une indemnité par le Pôle emploi d'un montant de 2100 euros et je touche une pension invalidité de 1ère catégorie de 800 euros. Tout est clair. La situation médicale se dégrade, si la CPAM me passe en 2ème catégorie (environ 1 350 euros), combien vais-je toucher en cumul ? J'ai l'impression, à lire les textes, que mes revenus vont s'effondrer si je passe en 2ème catégorie.

► Le droit à la retraite anticipée pour les personnes en situation de handicap :



Je suis atteint de la poliomyélite depuis l'âge de 6 ans. J'ai travaillé quelques années dans le privé avec la RQTH puis j'ai pu décrocher un poste dans le public dans la catégorie des emplois réservés aux personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, j'aimerais faire valoir mes droits à la retraite pour les quelques années passées dans le privé. La CARSAT refuse au motif qu'il n'est pas établi que j'ai été en situation de handicap pendant toute la durée de mon activité professionnelle. Comment faire ?

► **La prise en compte de l'inaptitude pour le calcul de la retraite :**



Ma mère est actuellement en arrêt maladie du fait d'une myopathie et de la maladie de Parkinson récemment découverte. Elle perçoit, depuis le mois de mars, une pension d'invalidité 2ème catégorie. Je me demande dans quelle mesure cela pourra être pris en compte quand elle partira à l'âge légal de départ à la retraite parce qu'il lui manquera des trimestres.

► **La mise en place de mesures de protection juridique :**



Mon père a été diagnostiqué Alzheimer et ma mère est dans le déni de sa maladie. Celui-ci est donc en danger car elle ne l'incite pas à prendre ses médicaments et il conduit alors qu'il n'est plus en état. Nous souhaitons mettre mon père sous tutelle. Son médecin traitant est agréé si bien que nous lui avons demandé un certificat en ce sens. Il le refuse en indiquant ne pas pouvoir être à la fois son médecin traitant et médecin expert dans le cadre d'une procédure de mise sous tutelle. Qu'en est-il ?

► **L'application des mesures de protection juridique :**



Mon fils est schizophrène. C'est allé assez vite et le juge opte finalement pour une curatelle renforcée. Nous n'avons pas encore reçu la décision mais on a été auditionné par le juge des tutelles. Je ne suis pas très contente car il a été mis sous curatelle renforcée alors que j'aurais préféré la curatelle simple et je crains les conséquences de cette mesure sur sa liberté individuelle et son état psychique. A priori c'est moi qui vais être sa curatrice et cela m'inquiète un peu. J'ai peur que ça dégrade nos relations. Est-ce que je peux refuser et est-ce qu'on peut faire quelque chose une fois que la décision est prise ?

Mon fils atteint de troubles mentaux a été victime d'une extorsion de fond. Nous nous demandons ce que nous pouvons faire. Si nous parvenons à faire en sorte qu'il soit placé sous sauvegarde de justice, ce placement sera-t-il rétroactif ?

► **Les effets de la pénalisation de la transmission du V.I.H. :**



J'ai le VIH et je vivais avec une copine qui a le VIH également. Nous avons eu une dispute et elle est partie porter plainte à la gendarmerie et depuis les gendarmes sont venus perquisitionner. Ils ont pris mon ordinateur et mon téléphone et veulent que je leur donne les coordonnées de tous mes contacts pour leur demander s'ils connaissent ma pathologie et s'ils ont eu des rapports avec moi. De plus, mon ex-copine continue à appeler plein de gens leur demandant de me menacer.

► **Les atteintes à l'encontre des personnes en situation vulnérable :**



Ma mère est victime de violences de toutes sortes de la part de ma soeur qui squatte chez elle. Lundi dernier, elle a été battue et a eu le visage tuméfié, le médecin a dressé un certificat médical avec 3 jours d'ITT. Mais ma mère refuse de porter plainte et les gendarmes ont refusé de recevoir ma plainte puisque je n'étais pas concernée...

► **L'aptitude à la conduite :**



Je vous appelle pour mon mari. Il a une maladie neuro-dégénérative. Il vient d'avoir un accident automobile. On a vu qu'il pouvait avoir des problèmes de fausse déclaration. Mais il ne veut rien faire. C'est difficile de demander aux malades de prendre l'initiative de se priver de leur permis de conduire quand ceux-ci sont dans le déni. Nous ne sommes pas informés et les médecins s'en lavent les mains....

Mon mari a eu un infarctus et le médecin lui a dit qu'il devait arrêter de conduire et remplir un formulaire sous peine de sanction, sinon, il allait le dire à la Préfecture.

► **Les discriminations à l'entrée et au séjour des personnes malades à l'étranger :**



Je vous appelle pour un jeune que nous avons envoyé pour une mission d'une année de bénévolat en Slovaquie. Seulement il a révélé sa séropositivité et la structure d'accueil ne veut pas qu'il poursuive sa mission. Quel texte européen pourrions-nous viser pour éviter cette discrimination ?

Mon fils séropositif va partir en Australie pour 6 mois. Il a sa prescription de traitement pour la période et il l'emmènera dans sa valise avec l'ordonnance. Nous n'avons pas le temps de déclarer sa pathologie dans la demande de visa. On se demandait comment ça se passait à la douane en pratique. C'est risqué ?

► **Les atteintes à la vie privée :**



J'ai déposé plainte contre ma belle-soeur qui a divulgué des informations sur ma santé sur Facebook. Que dois-je faire maintenant ?

► **La réglementation en matière de logement insalubre :**



Mon logement (dans un immeuble privé sous arrêté de péril imminent) est gravement insalubre : très forte humidité, moisissures, champignons, fuites dans le toit et infiltrations dans les murs, isolation absente, aération et ventilation absentes, courants d'air, fenêtre ne fermant plus que j'ai condamnée et calfeutrée, plusieurs fissures... Ma santé se dégrade, et psychologiquement je suis démolie. La Mairie ne veut pas me reloger et je n'ai pas les moyens pour louer.

► **L'existence ou non de protection en direction des locataires malades :**



Mon bailleur envisage de me signifier un congé de mon bail pour vendre l'appartement que j'occupe actuellement. Je souhaiterais savoir s'il peut le faire alors que j'ai 75 ans et que je suis atteinte d'un cancer ou si je suis protégée par la loi ?

► **L'accès au logement :**



Je suis le médecin d'une famille qui est demandeuse d'un logement social depuis 5 ans, ils vivent à sept dans un 20 m2. Le grand-père dort à même le sol, la grand -mère doit faire une chimiothérapie et doit dormir en position semi-assise. Que faire pour accélérer le mouvement ?

Je souhaite louer un appartement. L'agence que j'ai consultée me demande mes 2 derniers avis d'imposition. Le problème c'est que pendant un an je touchais des indemnités journalières qui ne figuraient pas sur mon avis d'imposition puisqu'elles étaient non imposables. Pourtant ils se fondent sur ces avis pour calculer mes revenus. Ont-ils le droit ?

► **L'utilisation d'éléments liés à l'état de santé dans le cadre d'une procédure de divorce :**



J'ai été victime d'une rupture d'anévrisme après une césarienne (j'ai 4 enfants). Nous avons divorcé en 2010. Mon ex-époux a introduit une procédure pour me retirer mes enfants au motif que je ne pourrais pas m'occuper d'eux suite à la rupture d'anévrisme. Je souhaiterais connaître mes droits.

► **Le droit au séjour des étrangers malades n'ayant pas accès aux traitements dans leur pays d'origine :**



Je suis tunisien. J'ai fait une demande de séjour pour soins. On m'a dit non et on me demande maintenant de quitter le territoire. Je suis séropositif mais la préfecture considère que le traitement est désormais disponible en Tunisie et qu'il n'y a plus de raisons que je reste en France.

Je m'occupe d'une personne qui a un titre de séjour pour raisons médicales depuis des années. Cela fait 10 ans qu'elle est en France et travaille depuis des années. Peut-on faire un changement de statut ?

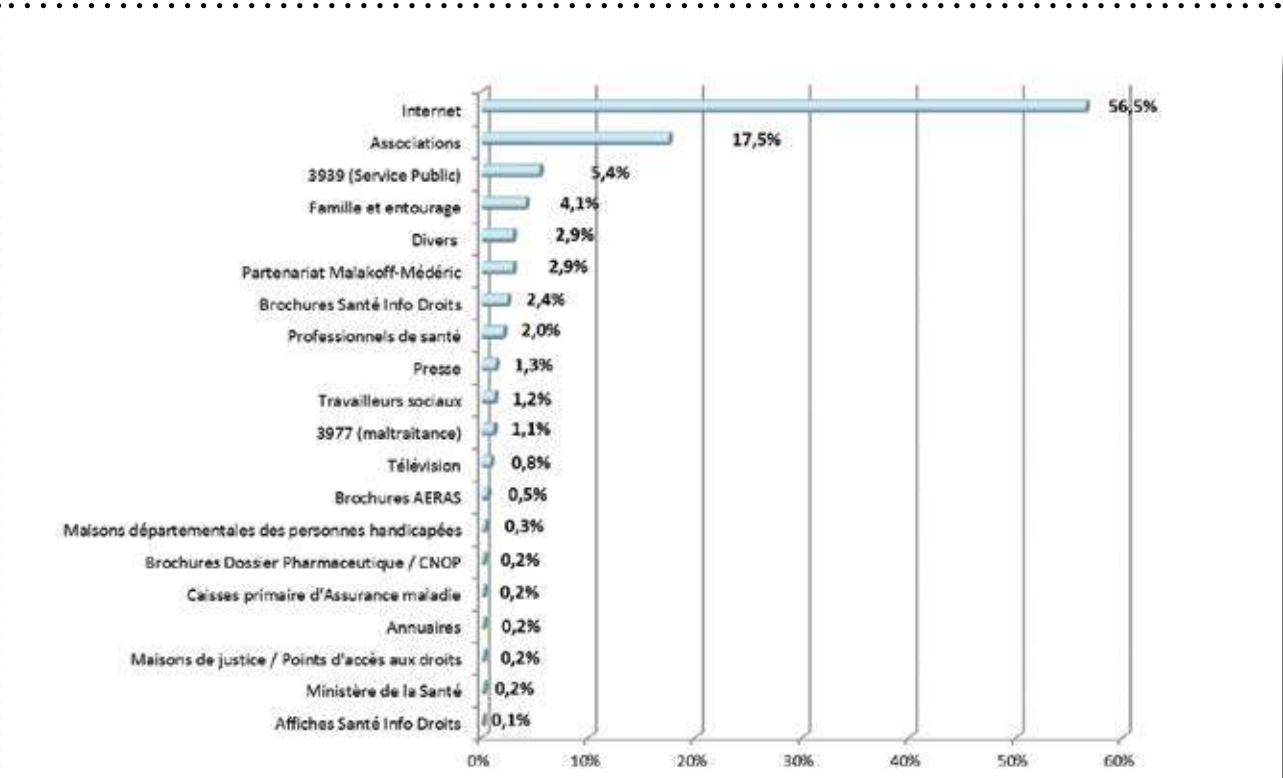
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2014 de Santé Info Droits, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

Sommaire

1. DONNÉES RELATIVES À LA CONNAISSANCE ET AU MODE D'UTILISATION DE SANTÉ INFO DROITS	p/78
1.1 Mode de connaissance de la ligne	p/78
1.2 Orientations associatives vers Santé Info Droits	p/78
1.3 Proportion de primo-appelants	p/80
2. DONNÉES RELATIVES AU PROFIL DES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS ET DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES SOLLICITATIONS	p/80
2.1 Sexe des personnes concernées par les sollicitations	p/80
2.2 Âge des personnes concernées par les sollicitations	p/81
2.3 Région des appelants	p/81
2.4 Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département)	p/82
2.5 Répartition des sollicitations en fonction de la place des interlocuteurs au regard de la situation décrite	p/83
2.6 Répartition des sollicitations pour lesquelles la situation médicale de la personne concernée est identifiée	p/83
2.7 Répartition des appels par pathologies ou situations quand l'état de santé de la personne concernée est identifiée	p/84
3. EXPRESSIONS DES APPELANTS QUANT À SANTÉ INFO DROITS	p/86
3.1 Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques	p/86
3.2 Expression spontanée des appelants en fonction des thématiques abordées	p/86
3.3 Résultats de l'enquête de satisfaction du 1 ^{er} au 21 décembre 2014	p/87
3.4 Accessibilité de la ligne	p/87

1. DONNÉES RELATIVES À LA CONNAISSANCE ET AU MODE D'UTILISATION DE SANTÉ INFO DROITS

1.1. Mode de connaissance de la ligne

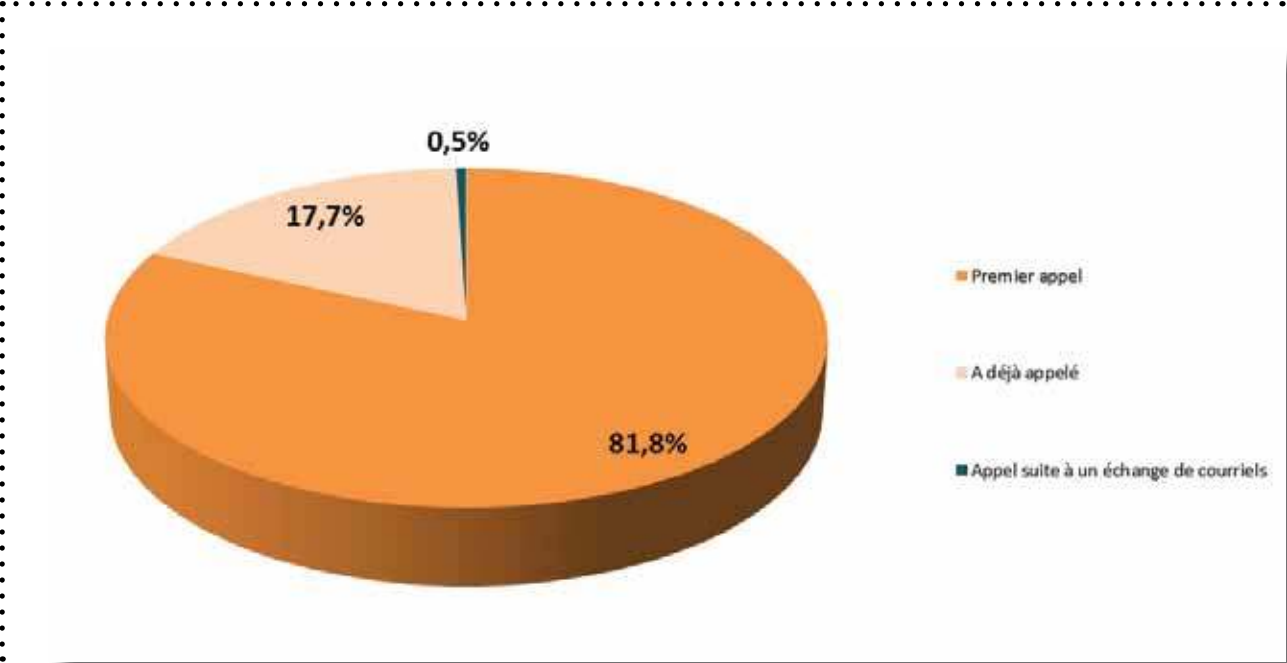


1.2. Orientations associatives vers Santé Info Droits

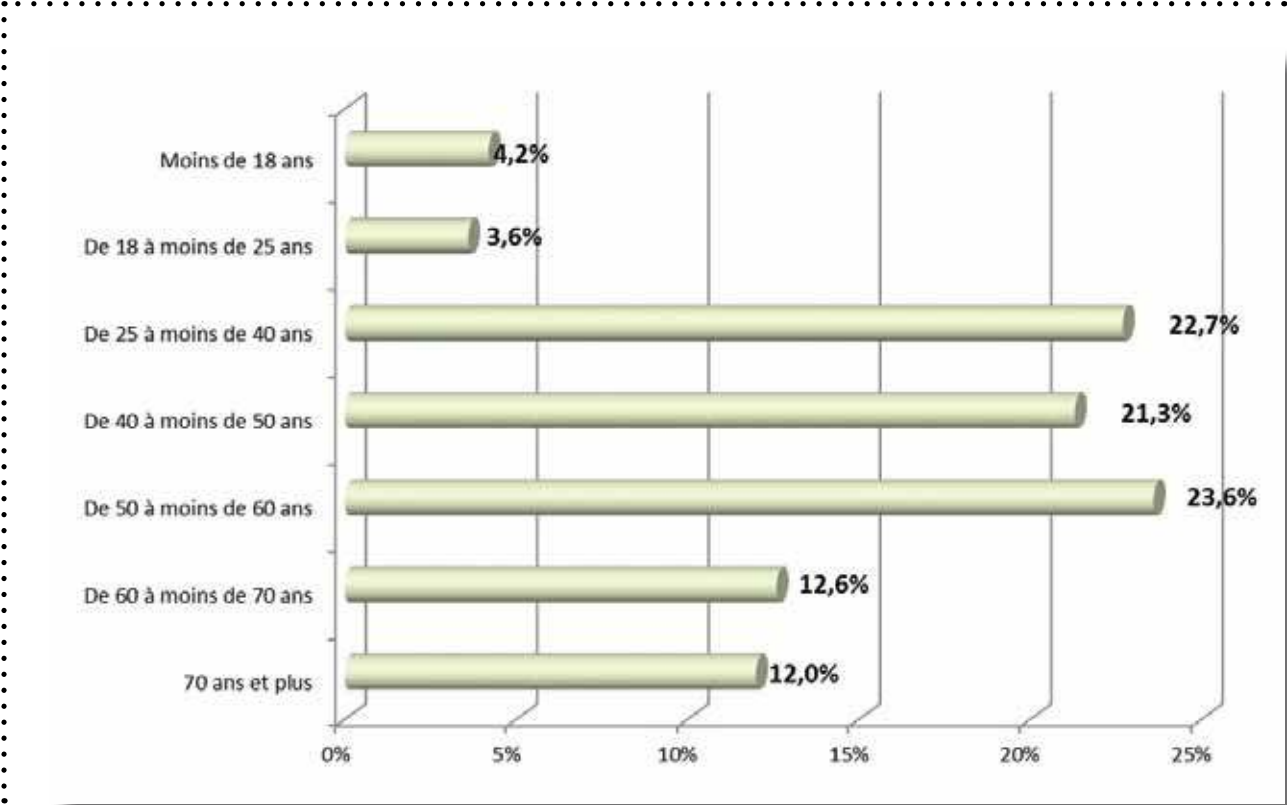
UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades psychiques)	20,0%
CISS en région	9,8%
Divers (62 associations)	7,2%
Ligue contre la cancer et Aidea	5,8%
Fibromyalgie SOS	4,1%
Aides	3,8%
Alliance Maladies Rares et Maladies rares info services	3,8%
Fibromyalgie France	3,8%
Cancer Info	2,8%
AFM (Association française contre les myopathies)	2,7%
CISS national	2,1%
France Parkinson	2,1%
ALMA (Allô maltraitance personnes âgées et handicapées)	2,0%
UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques)	2,0%
APF (Association des paralysés de France) et Ecoute Sep	1,6%
ARSEP (Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques)	1,6%
Réseau Ac santé 93	1,6%
FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie)	1,5%

France Alzheimer	1,5%
AFS (Association France Spondyloarthrites)	1,3%
SIS (Sida info Service)	1,3%
Sos hépatites	1,2%
AFSEP (Association française des sclérosés en plaques)	1,0%
INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation)	0,9%
COMEDE (Comité médical pour les exilés)	0,8%
FNAIR (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux)	0,8%
FNATH (Association des accidentés de la vie)	0,8%
AFA (Association François Aupetit)	0,7%
Argos 2001	0,7%
ASFC (Association française du syndrome de fatigue chronique)	0,7%
AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux)	0,6%
AFPric (Association française des polyarthritiques)	0,5%
AFSMA (Association française des syndromes de Marfan et apparentés)	0,5%
APLCP (Association Pour la Lutte Contre le Psoriasis)	0,5%
Epilepsie France	0,5%
UNAF - URAF - UDAF (Union nationale régionale et départementale des associations familiales)	0,5%
AFD (Association française des diabétiques)	0,3%
AFVS (Association des familles victimes de saturnisme)	0,3%
AMADYS (Association des malades atteints de dystonie)	0,3%
Anamacap (Association nationale des malades du cancer de la prostate)	0,3%
ANDAR (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde)	0,3%
Association française des aidants familiaux	0,3%
Association française du Lupus	0,3%
Ligue française contre la sclérose en plaques	0,3%
Lupus France	0,3%
Advocacy	0,2%
AFGS (Association française du Gougerot Sjögren)	0,2%
ASBH (Association nationale spina bifida et handicaps associés)	0,2%
Association Surrénales	0,2%
Association Vivre sans thyroïde	0,2%
Espaces Rencontre Information (ERI)	0,2%
Etincelle 92	0,2%
Familles rurales	0,2%
France Acouphènes	0,2%
Icebergs	0,2%
Le LIEN	0,2%
UFC-Que choisir	0,2%
UNAPEI	0,2%
Générations mouvement	0,1%
ORGEKO (Organisation générale des consommateurs)	0,1%
Transhépaté	0,1%

1.3. Proportion de primo-appelants

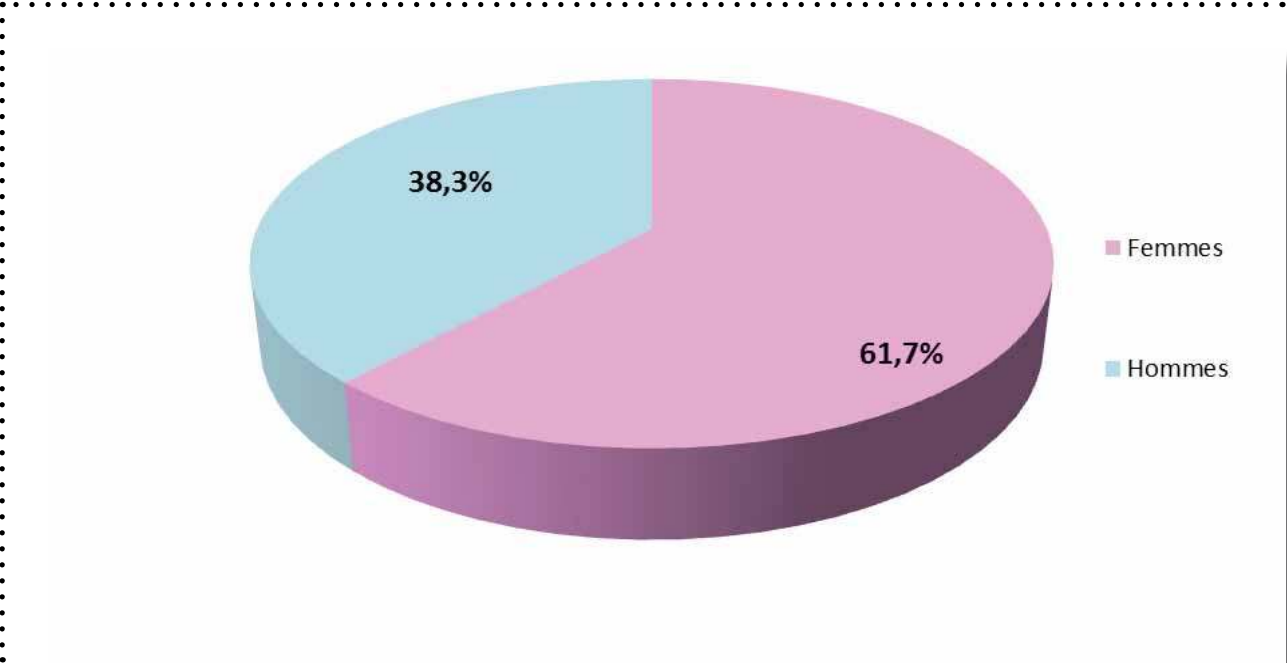


2.2. Âge des personnes concernées par les sollicitations

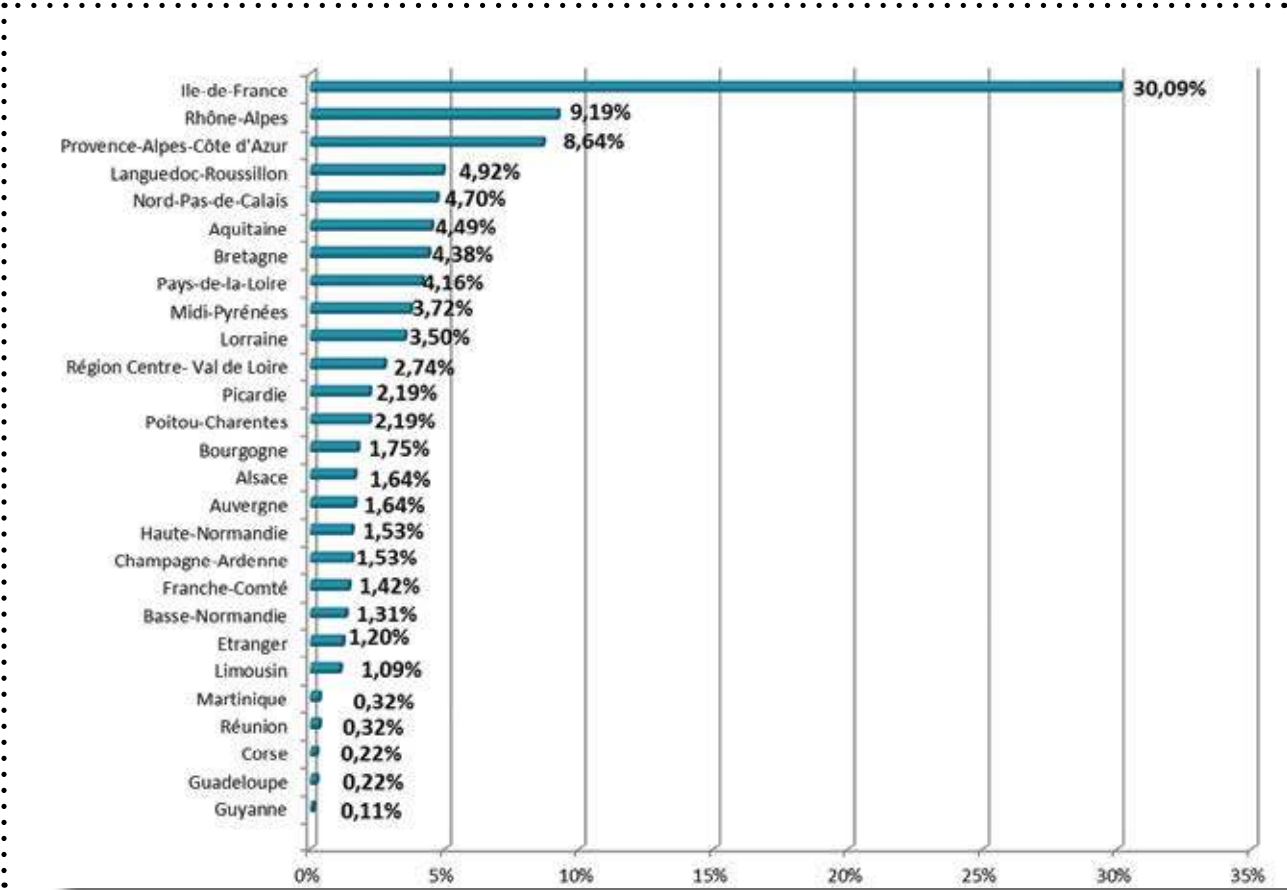


2. DONNÉES RELATIVES AU PROFIL DES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS ET DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES SOLLICITATIONS

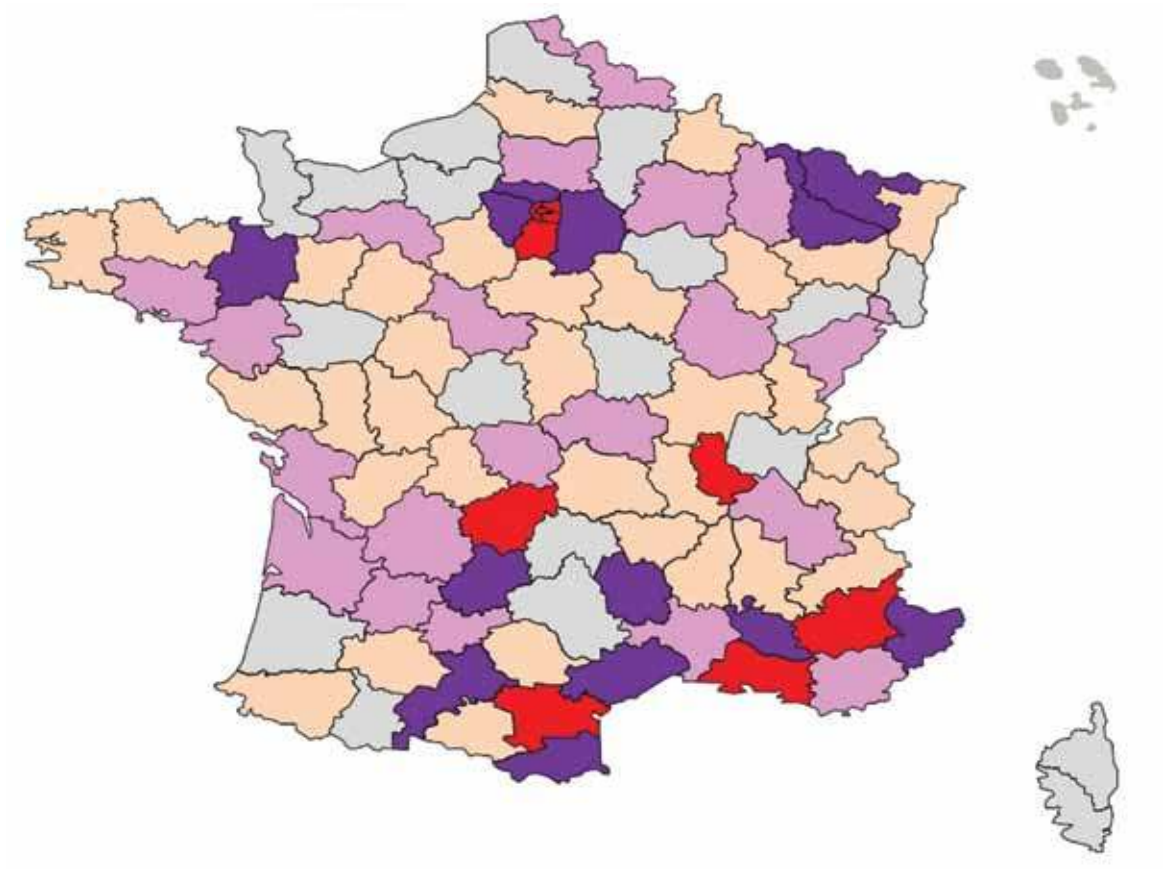
2.1. Sexe des personnes concernées par les sollicitations



2.3. Région des appelants

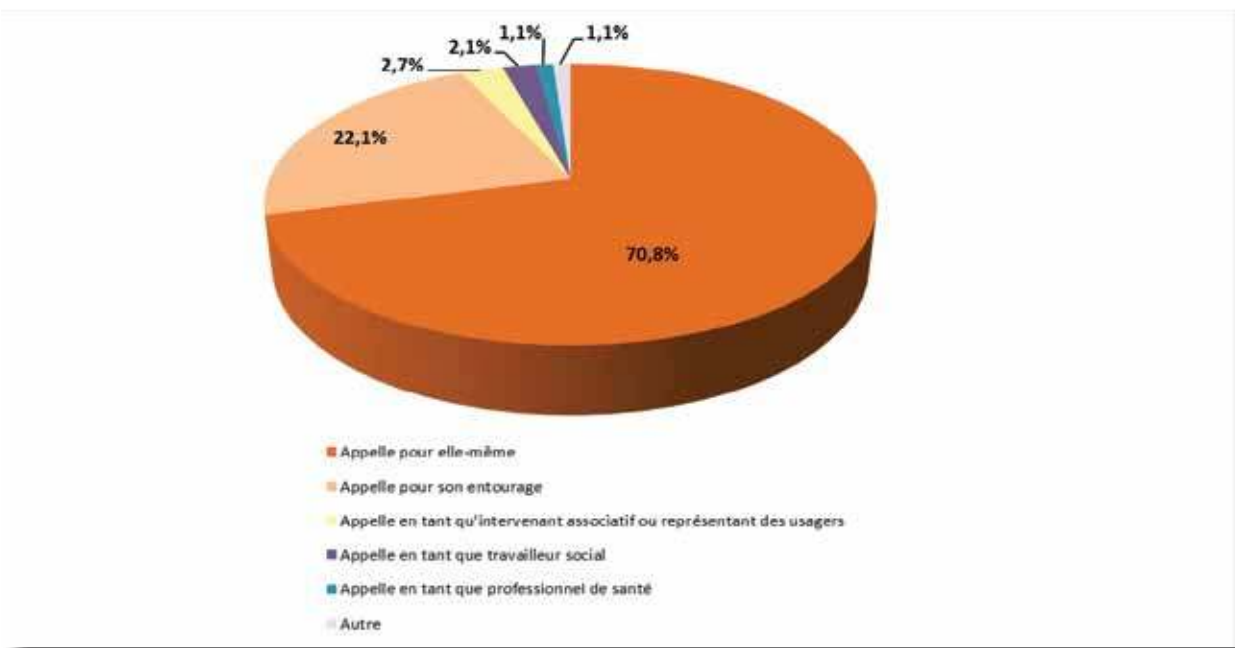


2.4. Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département)

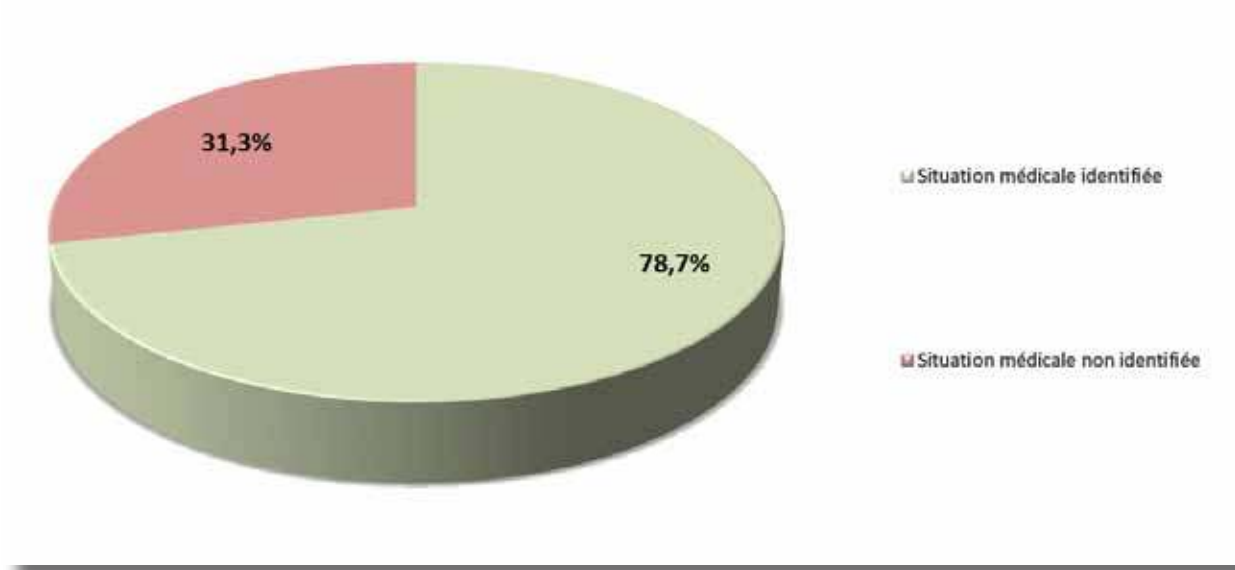


	PLUS DE 30 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 15 ET 30 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 12,5 ET 15 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 10 ET 12,5 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 7,5 ET 10 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	MOINS DE 7,5 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS

2.5. Répartition des sollicitations en fonction de la place des interlocuteurs au regard de la situation décrite



2.6. Répartition des sollicitations pour lesquelles la situation médicale de la personne concernée est identifiée



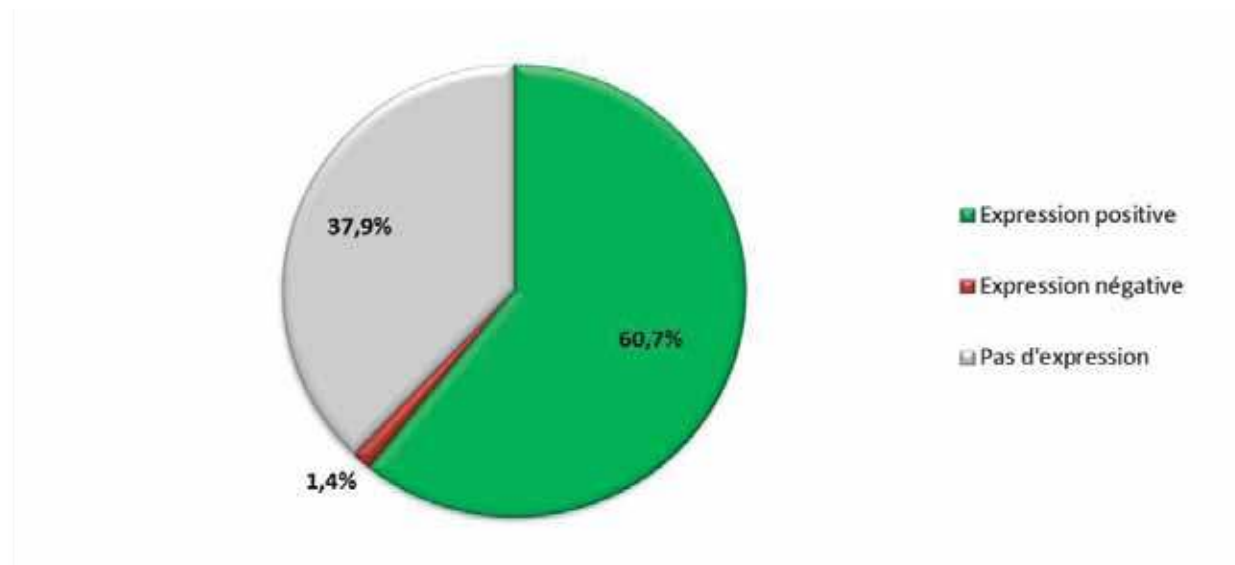
2.7. Répartition des appels par pathologies ou situations quand la situation médicale est identifiée

Cancer / Tumeurs	12,91%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	9,75%
Dépression	5,80%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	5,25%
Dentaire	5,23%
Handicap fonctionnel	3,89%
Fibromyalgie	3,68%
Âge et dépendance	3,53%
Maladies cardio-pulmonaires	3,33%
V.I.H.	3,29%
Maladies rares	3,27%
Décès cause non identifiée	2,98%
Sclérose en plaques	2,81%
Grossesse et accouchement	2,79%
Troubles bipolaires	2,42%
Troubles musculo-squelettiques	2,36%
Déficiencia visuelle et cécité	2,31%
Accident vasculaire cérébral	2,16%
Schizophrénie	1,75%
Diabète	1,69%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,45%
Accident conséquence non identifiée	1,43%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,40%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,28%
Spondylartrite	1,26%
Hépatite C	1,21%
Alzheimer	1,19%
Infections nosocomiales	1,17%
Maladie de Parkinson	1,08%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,06%
Insuffisance rénale	0,80%
Epilepsie	0,74%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	0,71%
Déficiencia auditive et surdité	0,67%
Myopathie	0,67%
Polyarthrite rhumatoïde	0,67%
Maladies de peau	0,58%
Maladies de Crohn	0,52%
Addictions	0,48%
Maladies du sang (autres que l'hémophilie ou les cancers)	0,41%
Hypertension	0,39%
Lupus	0,39%
Chirurgie esthétique d'agrément	0,39%
Malformations cong�nitaes et anomalies chromosomiques	0,35%
Ob�siti�	0,32%
Asthme	0,32%
Rhumatismes articulaires aigus	0,32%

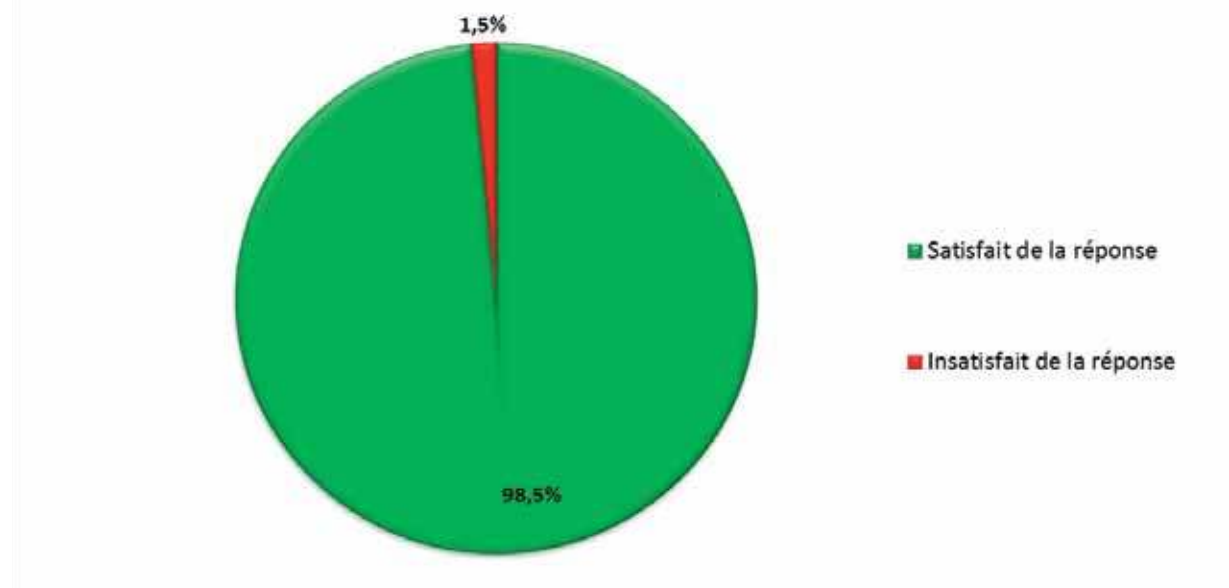
Maladies des artères, veines	0,30%
Chirurgie esthétique réparatrice	0,30%
Hépatite B	0,28%
Anorexie	0,28%
Maladies auto-immunes	0,28%
Autisme	0,26%
Affection iatrogène	0,26%
Allergie	0,26%
Arthrose	0,22%
Conséquence agression non identifiée	0,21%
Greffes	0,20%
Difficultés de procréation	0,18%
Maladie de Charcot (SLA)	0,17%
Traumatismes crâniens	0,13%
Mucoviscidose	0,11%
Trisomie	0,11%
Infections sexuellement transmissibles	0,11%
Troubles du sommeil	0,11%
TOC (troubles obsessionnels compulsifs)	0,09%
Hépatite A	0,09%
H�mophilie	0,07%
Suicide	0,07%
Poliomyélite	0,06%
Saturnisme	0,06%
Troubles de la parole	0,06%
Narcolepsie	0,04%
Tuberculose	0,04%
Chikungunya	0,04%
Gale	0,02%
Maladies d'origine prénatales	0,02%
Maladies infantiles	0,02%
Paludisme	0,02%

3. EXPRESSIONS DES APPELANTS QUANT À SANTÉ INFO DROITS

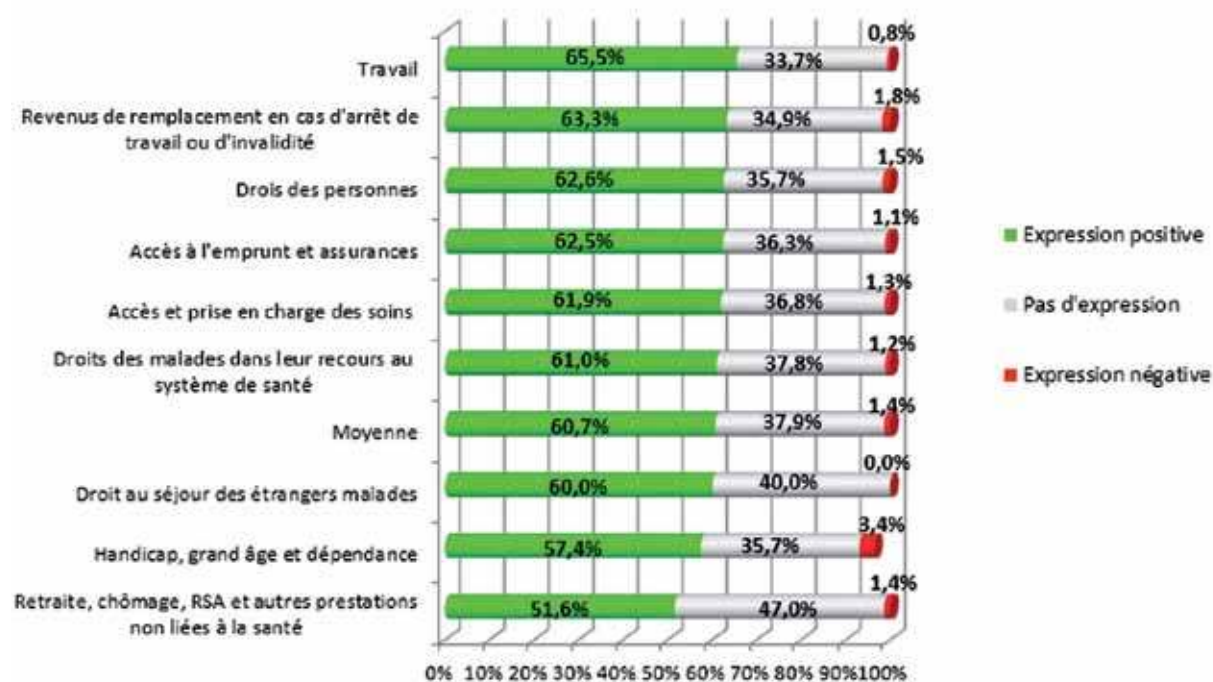
3.1. Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques



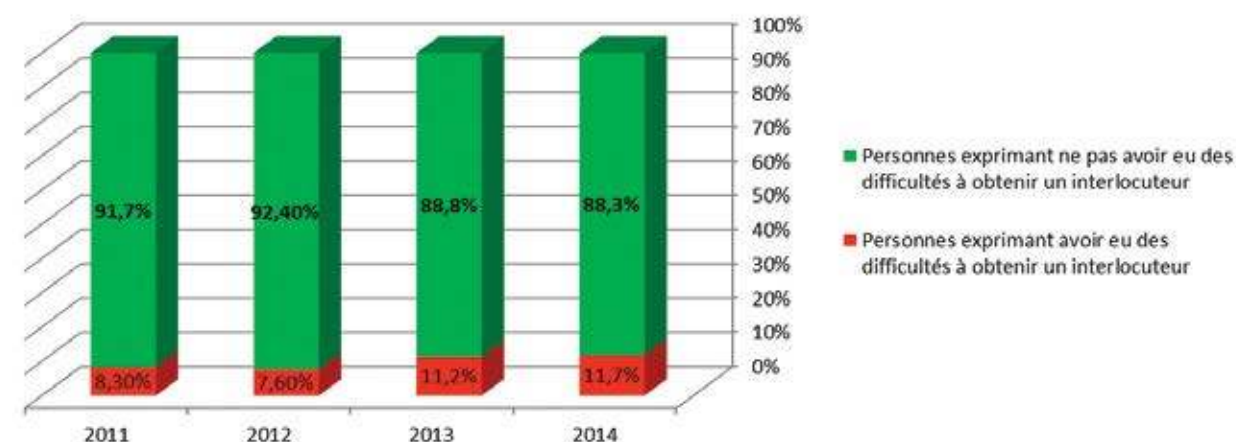
3.3. Résultats de l'enquête de satisfaction du 1er au 22 décembre 2014



3.2. Expression spontanée en fonction des thématiques



3.4. Accessibilité de la ligne



**Santé Info Droits est la ligne juridique et sociale du Collectif interassociatif sur la Santé (CISS).
Le CISS est présent au niveau national ainsi que dans 25 régions :**

CISS-Délégation Alsace

Président : Jean-Michel Meyer
Hôpital civil de Strasbourg
Ancien bâtiment d'ophtalmologie
1 place de l'Hôpital BP 426 67091 Strasbourg cedex
Tél. : 03 88 44 53 52 / alsace@leciss.org

CISS-Délégation Aquitaine

Présidente : Ginette Poupard
Espace Rodesse 103 ter, rue Belleville
33000 Bordeaux
Tél. : 05 56 93 05 92 / aquitaine@leciss.org

CISS-Auvergne

Président : Jean-Pierre Bastard
Hôpital Gabriel Montpied
58, rue Montalembert - 63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 26 29 50 / cissa63@orange.fr

CISS-Basse-Normandie

Président : Claude Françoise
Maison des Associations
1018 Quartier du Grand Parc
14200 Hérouville-Saint-Clair
Tél. : 02 31 83 01 43 / ciss.bn@orange.fr

CISS-Bourgogne

Président : Yann Lecomte
Maison des Associations - 2, rue des Corroyeurs
Boîte FF6 - 21000 Dijon
Tél. : 03 80 49 19 37 / bourgogne@leciss.org

CISS-Bretagne

Président : Serge Charpentier
1, square de Macédoine - 35200 Rennes
Tél. : 02 99 53 56 79
secretariat.cissbretagne@laposte.net

CISS-Délégation Centre Val-de-Loire

Présidente : Danièle Desclerc-Dulac
4, rue Adolphe Crespín - BP 1242 - 45000 Orléans
Tél. : 02 38 77 57 87 / regioncentre@leciss.org

CISS-Champagne-Ardenne

Présidente : Danielle Quantinet
7, boulevard Kennedy 51000 Châlons-en-Champagne
Tél. : 03 26 68 50 04 / lecissca@yahoo.fr

CISS-Corse

Présidente : Georgette Simeoni
c/o UDAF 2B - 4, cours Pierangeli - 20200 Bastia
Tél. : 04 95 32 67 86 / ciss-corse@orange.fr

CISS-Franche-Comté

Présidente : Anny Augé
CHU - 2, place Saint-Jacques 25030 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 51 84 31 / franchecomte@leciss.org

CISS-Guadeloupe

Président : François Le Maistre
Ligue contre le Cancer-Comité Guadeloupe
Boulevard Légitimus, Rond-point Miquel
97110 Pointe-à-Pitre
Tél. : 05 90 68 21 55 ciss.guadeloupe@gmail.com

CISS-Haute-Normandie

Président : Yvon Graïc
CHU Hôpitaux de Rouen
Pavillon Pillore Espace des Usagers
3e étage 1, rue de Germont - 76031 Rouen cedex
Tél. : 02 35 36 29 81 / 06 20 15 22 50
hautenormandie@leciss.org

CISS-Ile-de-France

Présidente : Catherine Ollivet
28, boulevard Pereire - 75017 Paris
Tél. : 01 43 29 92 38 / accueil@ciss-idf.com

CISS-Délégation Languedoc-Roussillon

Présidente : Annie Morin
ADREA 393, rue de l'Hostellerie
30900 Nîmes Cedex
Tél. : 04 66 27 02 18 / lecisslr@orange.fr

CISS-Limousin

Président : Patrick Charpentier
4, avenue de la Révolution - 87000 Limoges
Tél. : 05 44 00 00 57 / limousin@leciss.org

CISS-Lorraine

Président : Jean Perrin
Espace Parisot - OHS - 1, rue du Vivarais
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 28 25 91 / lorraine@leciss.org

CISS-Martinique

Présidente : Jeanne Emérante Defoi
Ligue contre le Cancer-Comité Martinique
Immeuble Le Trident
BP 789 - Bât. A - Cité Mongérald
97244 Fort-de-France cedex
Tél. : 05 96 70 20 38 / martinique@leciss.org

CISS-Midi-Pyrénées

Présidente : Josiane Pasato
AVV31/UDAF 31 - Hôpital Joseph Ducuing 15,
rue de Varsovie - 31300 Toulouse
Tél. : 05 63 79 06 78 ou 06 37 66 54 34
midipyrenees@leciss.org

CISS-Nord-Pas-de-Calais

Président : Pierre-Marie Lebrun
c/o UDAF - 3, rue Gustave Delory
BP 1234 - 59013 Lille Cedex
Tél. : 03 20 54 97 61 / leciss.npdc@gmail.com

CISS-Océan Indien

Président : Véronique Minatchy
1, allée Vert Pré - 97419 La Possession
Ile-de-la-Réunion
Tél. : 06 92 40 03 96
ciss.oceanindien@gmail.com

CISS-Pays-de-la-Loire

Présidente : Véronique Pozza
16, rue Hermann Geiger - 44300 Nantes
Tél. : 02 40 75 23 65
secretariat.lecisspdl@gmail.com

CISS-Picardie

Présidente : Marie-Christine Philbert
91, rue André Ternynck - 02300 Chauny
Tél. : 03 23 27 55 67 / picardie@leciss.org

CISS-Poitou-Charentes

Président : Alain Galland
28, rue Mirabeau - 16000 Angoulême
Tél. : 05 45 38 77 56/ poitoucharentes@leciss.org

CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur

Présidente : Chantal Matheron
143, avenue des Chutes-Lavie - 13013 Marseille
Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org

CISS-Rhône-Alpes

Président : François Blanchardon
Palais de la Mutualité - 1, place Antonin Jutard
69421 Lyon - Cedex 3
Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org

Nos remerciements aux partenaires de Santé Info Droits en 2014 :



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et
des Droits des femmes – Direction générale de
la Santé



Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens



Malakoff-Médéric



Mutuelle ADREA

Santé Info Droits est membre du Collectif TeSS (téléphonie sociale et en santé) :



Au niveau national, le Ciss compte 40 associations membres au 30 juin 2015



Le Ciss, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations de consommateurs et de familles, d'associations de personnes âgées et retraitées.

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du Ciss en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- Informer les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- Former des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- Observer en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce, quelle que soit la structure.
- Communiquer nos constats et nos revendications pour conforter le Ciss en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.



lundi, mercredi et vendredi
de 14 h à 18 h
mardi et jeudi
de 14 h à 20 h
Tél. : 0 810 004 333 (n° Azur) ou 01 53 62 40 30
www.leciss.org/sante-info-droits



10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
contact@leciss.org
www.leciss.org



Ajoutez 66 Millions d'Impatients
à vos sites référents !



- Site web : www.66millionsdimpatients.org
- Compte Twitter : [@66Mimpatients](https://twitter.com/66Mimpatients)
- Page Facebook : <https://www.facebook.com/pages/66-Millions-dImpatients/258076701028739?ref=hl>



www.66millionsdimpatients.org, site informatif et participatif du CISS, se veut le porte-parole des patients impatients et l'outil d'information pour mieux s'y retrouver dans l'organisation des soins. Dans un contexte de massification des cas de malades chroniques, un aspect majeur à améliorer pour

que l'utilisateur du système de santé prenne toute sa place, c'est l'effectivité des droits. Mieux être informé, s'exprimer, c'est être mieux armé pour défendre ses droits et devenir acteur de sa santé !

OBSERVATOIRE DU CISS
Sur Les Droits Des Malades **2014**
SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS