



---  
Communiqué interassociatif – 22 mai 2019

CLCV / La CSF / Familles Rurales / FNATH / France Assos Santé / UNAF

## Cliniques privées : Des facturations abusives dans un établissement sur deux !

**7 ans après les premières alertes des associations, l'enquête de la DGCCRF montre un développement alarmant de ces pratiques frauduleuses.**

Une étude menée par la Direction Générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 septembre 2018 auprès de 200 établissements de santé privés à but lucratif, révèle que **50% d'entre eux pratiquent des tarifications abusives** : forfaits pour démarches administratives, forfaits ambulatoires, facturation abusive de chambres particulières, appels surtaxés.

Ces pratiques avaient été signalées dès 2012 par le CISS (devenu France Assos Santé), la FNATH et l'UNAF. Signalement qui faisait suite à une première alerte lancée par les associations agréées de consommateurs : Familles Rurales, la Confédération Syndicale des Familles, UFC-Que Choisir et la CLCV (Consommation, Logement et Cadre de Vie). Nous avons notamment interpellé la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) sur les forfaits administratifs facturés par les cliniques VITALIA (devenues ELSAN). La CNAM avait alors fait un rappel à la loi. Force est de constater aujourd'hui que ces pratiques, loin d'avoir cessées, se sont au contraire développées et généralisées. Tous les grands groupes ainsi que des cliniques indépendantes pratiquent désormais des facturations abusives.

**Seules les exigences particulières demandées expressément par écrit par les patients peuvent être facturées en sus des prestations habituelles de soins et de séjour.** Elles doivent, en outre, être exceptionnelles et ne pas être couvertes par les tarifs de prestations de l'établissement. L'enquête de la DGCCRF révèle que le forfait administratif est systématiquement proposé au patient, et qu'il lui est très régulièrement facturé.

Cette facturation représenterait un montant annuel moyen de 50 000 euros par établissement, générant ainsi des restes à charge supplémentaires pour les patients.

L'étude met en lumière les stratégies déployées par les établissements qui intègrent dans ce forfait administratif global une multitude de prestations, légales et illégales, créant une opacité qui rend difficile la caractérisation de la fraude.

**France Assos Santé réclame des mesures urgentes pour enfin faire cesser ces pratiques frauduleuses au détriment des patients.**

### Contacts presse :

Antoine Henry (France Assos Santé) – 01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95 – [ahenry@france-assos-sante.org](mailto:ahenry@france-assos-sante.org)

Niki Vouzas (Familles Rurales) – 06 49 49 75 17 – [niki.Vouzas@famillesrurales.org](mailto:niki.Vouzas@famillesrurales.org)

Aminata Kone (La CSF) – [akone@la-csf.org](mailto:akone@la-csf.org)