



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

**OBSERVATOIRE
DE FRANCE ASSOS SANTÉ
SUR LES DROITS DES MALADES**

2024

Édité par :

FRANCE ASSOS SANTÉ

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

10, Villa Bosquet • 75007 Paris • www.france-assos-sante.org

É D I T O

Santé Info Droits, un observatoire sans égal

Comme les précédentes, l'année 2024 a démontré une fois encore, s'il en était besoin, l'utilité de notre service d'information juridique et sociale. Les appelants sont en effet de plus en plus nombreux à nous solliciter, par téléphone ou par mail. Année olympique oblige, en 2024, Santé Info Droits a même battu le record des sollicitations. La ferveur des jeux « made in France » n'a hélas que peu à voir avec ce score historique. Ce record est davantage à mettre sur le compte d'un empilement de dispositions de toute nature, sans que les articulations soient toujours suffisamment réfléchies, pensées. S'il existe de nombreux droits, qui sont souvent le fruit de combats associatifs, leur multiplicité, ainsi que leur complexité, rendent trop souvent leur accès compliqué. Aussi, Santé Info Droits, peut-il aider à démêler les situations et orienter, si besoin, vers une structure de prise en charge, en apportant une réponse fiable et rapide.

La ligne de France Assos Santé est du reste reconnue pour son accessibilité, sa compétence et sa réactivité – malgré la hausse des demandes –, trois qualités de plus en plus rares dans le panorama général de l'accès à une information sûre et juste, par l'ensemble des acteurs, du grand public aux représentants institutionnels en passant par les professionnels et les associations. Et, faut-il le rappeler, elle est à la disposition de tous, gratuitement.

Fort de ces témoignages qui illustrent des parcours de soins et de vie, souvent difficiles et/ou complexes, Santé Info Droits constitue aussi un observatoire précieux et incomparable, qui vient nourrir nos positions. Il en fut ainsi en 2024 sur la fin de vie, l'accès aux soins et, bien sûr, les restes à charge invisibles, bien plus élevés que ce qui est officiellement rapporté. Avant d'affronter le projet de loi de finance de la Sécurité sociale pour 2026, lisons ce que 2024 nous dit déjà du désarroi de certains patients, en particulier celles et ceux atteints d'une maladie chronique. Sans oublier les signaux faibles que la ligne permet de remonter. Mais faibles jusqu'à quand ?



Marc Morel,
Directeur général de France Assos Santé

Sommaire

ACTIVITÉ & THÉMATIQUES

- 6** Présentation et activité de Santé Info Droits
- 8** Un partenaire de confiance
- 11** Les thématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits

FOCUS

- 20** Tous égaux et solidaires devant la santé : un idéal qui s'éloigne de plus en plus

TENDANCE

- 30** Le top 18 des sujets les plus récurrents en 2024

L'INTERVIEW

- 36** La parole à Stéphane Gobel, coordinateur de la ligne Santé Info Droits

**A C T I V I T É
& T H É M A T I Q U E S**

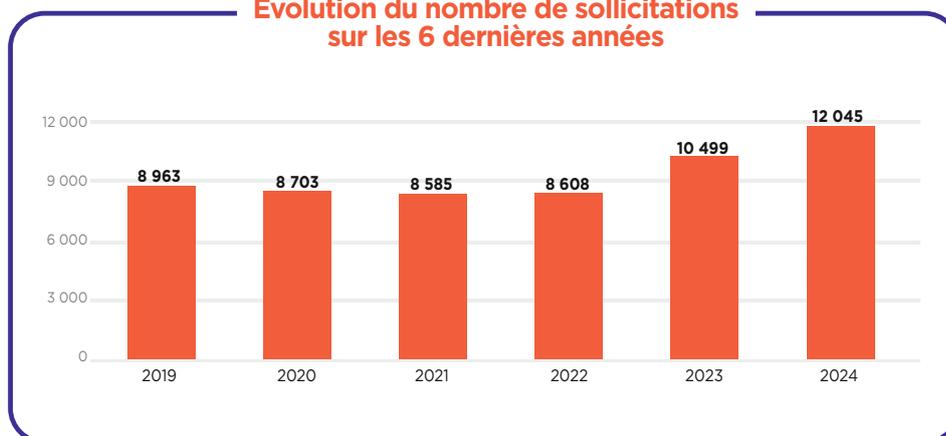
**DES EXPERTS
À VOTRE ÉCOUTE**
POUR TOUTE
QUESTION JURIDIQUE
EN LIEN AVEC
LA SANTÉ

Présentation et activité de Santé Info Droits

Santé Info Droits est un service d'information juridique et sociale, ainsi qu'un service d'orientation pour toutes les questions liées à la santé. Il s'adresse aux usagers du système de santé, aux

représentants d'usagers, aux intervenants associatifs, aux travailleurs sociaux et aux professionnels de santé accompagnant un usager.

Évolution du nombre de sollicitations sur les 6 dernières années



Ce service est proposé par France Assos Santé, en tant qu'Union nationale d'associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), dans le but de promouvoir l'information, le respect et l'amélioration des droits des usagers du système de santé. Santé Info Droits est un service confidentiel, gratuit et ouvert à toutes et tous, sans conditions d'adhésion, disponible toute l'année.

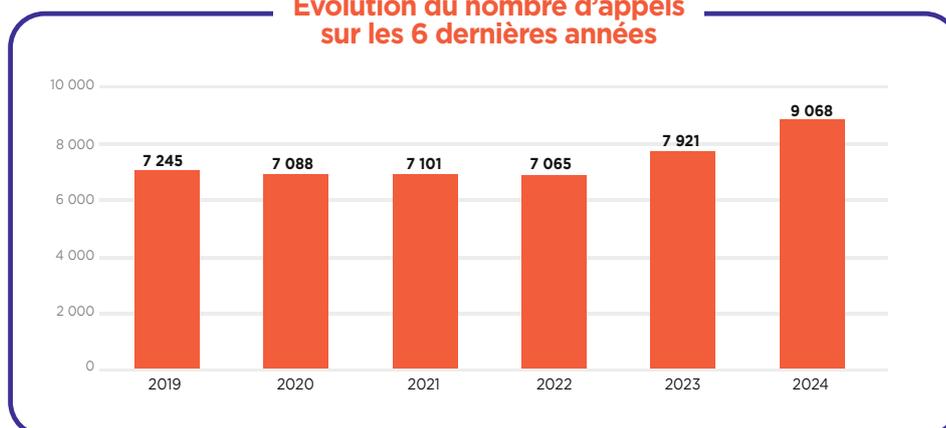
En 2024, notre activité a connu de nouveau une très forte croissance avec une hausse de près de 15% du nombre des sollicitations par rapport à 2023.

Pour favoriser l'information des personnes malades sur leurs droits, Santé Info Droits propose deux outils complémentaires : une ligne téléphonique et un service de réponse par courrier.

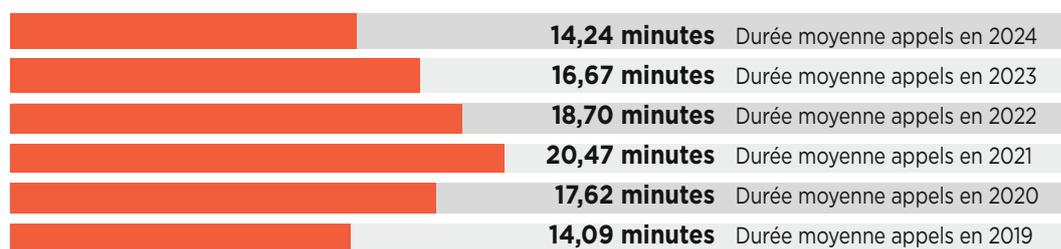
1/ Le service téléphonique est accessible tous les après-midis : les lundi, mercredi et vendredi, de 14h à 18h, et les mardi et jeudi, de 14h à 20h, au 01.53.62.40.30 au tarif d'une communication normale.

Le nombre de sollicitations téléphoniques traitées a été de 9 068, ce qui représente une augmentation de 14,4% par rapport à 2023.

Évolution du nombre d'appels sur les 6 dernières années



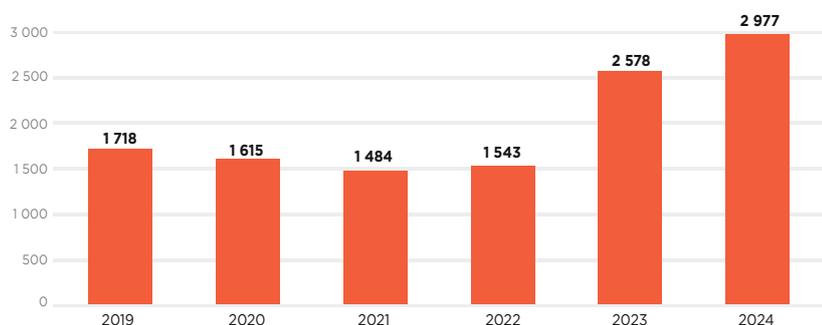
Évolution de la durée moyenne d'appels



Par ailleurs, la durée moyenne des appels connaît une décroissance après les années marquées par la Covid et les forts besoins d'écoute exprimés alors par les usagers. Elle reste toutefois à un niveau élevé, retrouvant les 14 minutes par entretien téléphonique en moyenne constatées sur la ligne avant la période de la pandémie, soit avant 2020.

2/ Le service par courriel permet aux internautes de bénéficier d'une réponse individualisée à leurs interrogations. Après la forte progression enregistrée en 2023, cette modalité de contact, accessible via le site Internet de France Assos Santé, a continué d'augmenter pour atteindre presque 3 000 sollicitations.

Évolution du nombre de courriels sur les 6 dernières années



Cette augmentation généralisée des sollicitations, déjà amorcée en 2022, s'explique pour une bonne part par la diffusion de nos coordonnées en tant que ressources d'aide, d'information et d'orientation sur différents sites de référence, tels que ceux du ministère de la Santé ou de l'administration française, dont les nombreuses pages orientent non seulement vers la ligne mais également vers nos fiches *Santé Info Droits* pratique : www.service-public.fr.

Afin de maintenir un niveau de réponse de qualité aux sollicitations reçues, le délai de traitement maximal a été porté de 8 à 15 jours en 2024. Cette évolution n'a toutefois pas entraîné de diminution du recours à ce mode de saisine.

3/ L'équipe des écoutants de Santé Info Droits est composée de professionnels juristes et avocats. Ils interviennent à temps partiel, en complément de leur activité professionnelle principale, enrichissant ainsi la ligne de la diversité de leurs compétences, expertises et expériences. Ils bénéficient régulièrement de formations à l'écoute, de séances de régulation et d'échanges de pratiques avec une psychologue spécialisée.

Des réunions d'équipe offrent par ailleurs des moments de partage et d'informations sur l'actualité juridique et associative. Animée par un coordinateur, une coordinatrice adjointe et une écoutante juriste, à temps plein, l'équipe de Santé Info Droits comptait, fin 2024, 16 écoutantes et écoutants.

Un partenaire de confiance

Gratuite, Santé Info Droits est une ligne ouverte à tous les publics : usagers, représentants des usagers, professionnels de santé ou encore associations de patients, dont celles bien sûr du réseau interassociatif de France Asso Santé. Une ressource précieuse, si l'on en croit les quatre associations membres que nous avons interrogées. Témoignages.



« Santé Info Droits fait partie de la maison » déclare Marie-Hélène Ravel, secrétaire générale de l'association [Afa Crohn-RCH-France](#), quand on la sonde sur sa relation à la ligne de France Assos Santé. « Nous n'hésitons pas à y avoir recours, car si notre association propose différents types de permanences, assistance sociale et vie professionnelle, nous n'avons pas de juriste. La permanence sur la vie professionnelle est assurée par des bénévoles qui se sont un peu auto-formés. Donc quand la demande est complexe ou trop pointue, Santé Info Droits s'impose en soutien de deuxième niveau », poursuit la chargée de mission vie professionnelle. Par ailleurs, les réponses de l'association se font globalement par mail ; parfois, selon le sujet, un rendez-vous téléphonique peut être proposé, mais quand la demande exige une réponse relativement rapide, l'association conseille d'appeler Santé Info Droits.

« Pourquoi se priver de leur expertise ? »

Même réflexe pour Alix Vié, responsable du service Infos et Écoute à [France Parkinson](#). Il est vrai que la jeune femme est allée à bonne école, ayant fait ses classes à l'association Afa Crohn-RCH-France. « C'est la logique de l'interassociatif, explique-

“

Face à des situations complexes [...], avoir une vraie personne au bout du fil constitue déjà un immense soulagement.

”

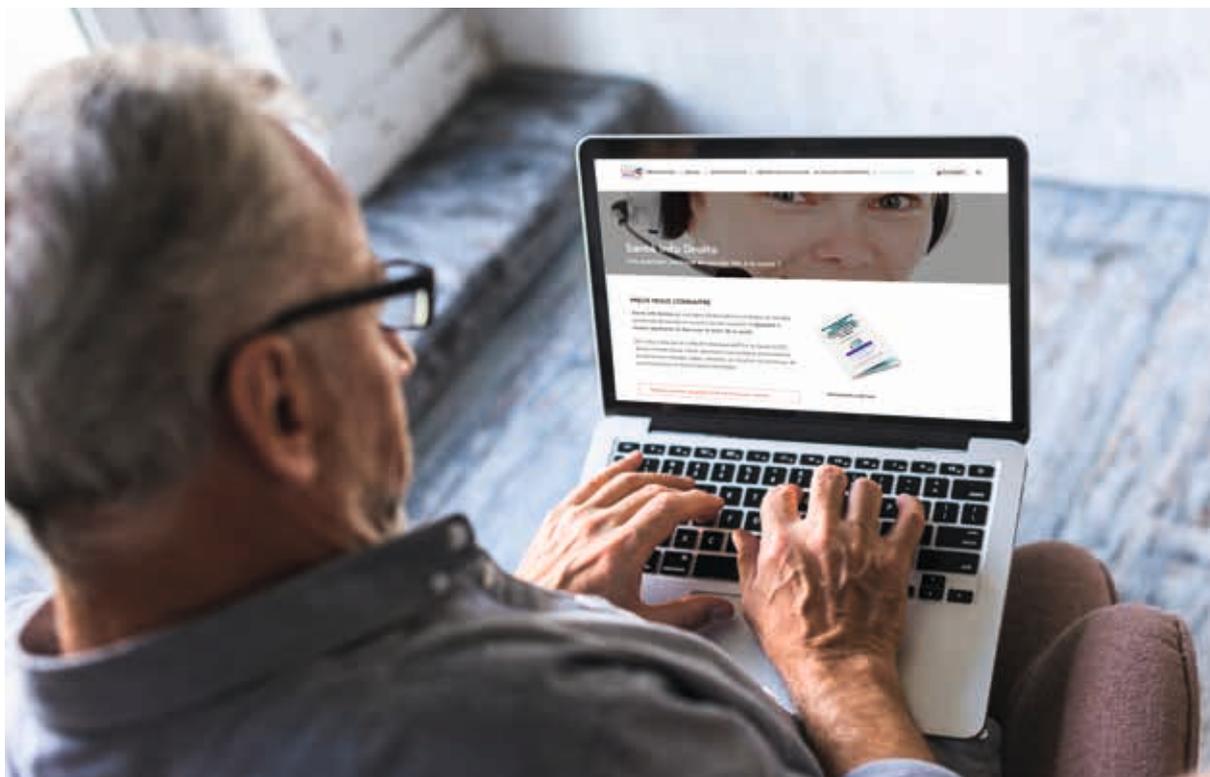
t-elle. *Si certains font bien leur travail, pourquoi se priver de leur expertise. Ce qui compte, c'est que les patients qui nous appellent soient pris en charge le mieux possible.* » Consigne a ainsi été donnée aux bénévoles du service Infos et Écoute d'orienter vers la ligne d'information juridique et sociale, en cas de nécessité : « *Une association de patients est censée les informer et les éclairer sur leurs droits, mais elle a ses périmètres d'intervention et ses limites aussi en temps et en ressources humaines* ». Autre avantage de Santé Info Droits, et pas des moindres, en composant le numéro de la ligne, l'appelant est assuré qu'un juriste de formation lui répondra. Face à des situations complexes, où une question en appelle souvent une autre, avoir une vraie personne au bout du fil constitue déjà un immense soulagement. « *À France Parkinson, on est face à un public plutôt âgé qui a une préférence pour l'échange de vive voix* », développe Alix Vié.

En général, un premier tri est fait : soit le questionnaire est d'ordre générique et, dans ce cas, Alix Vié invite ses équipes à renvoyer (d'abord) vers les fiches pratiques de Santé Info Droits, hébergées sur le site internet de [France Assos Santé](#), soit le cas est d'emblée complexe et/ou particulier (difficultés vis-à-vis d'un employeur, pour l'obtention d'une pension d'invalidité, etc.), sans oublier les évolutions des textes

réglementaires ou les réformes, telles que celle des retraites, et dans ce cas, toutes les coordonnées de la ligne sont directement communiquées aux appelants. Même pratique à l'association Afa Crohn-RCH-France, à ceci près que, pour les sujets techniques, Marie-Hélène Ravel préfère parfois rédiger un mail circonstancié, résumant la problématique et la situation de la personne, qu'elle adresse elle-même à l'équipe de Santé Info Droits : « *Il y a effectivement deux canaux possibles pour solliciter la ligne. Soit l'adhérent est informé de son existence et se charge de prendre contact directement, soit je garde la question à laquelle je ne sais pas répondre, en faisant l'hypothèse que la réponse que nous fournira la ligne pourra concerner plusieurs catégories de personnes. C'est une montée en compétences pour moi* ».

Un surplus de connaissances

Écrire un mail à Santé Info Droits, pour une information en lien avec des textes de loi sujets à interprétation ou une confirmation, c'est aussi l'habitude, voire la préférence de Pauline Besse et Romain Montariol, respectivement assistante sociale secteur Sud & DROM et responsable de mission Vie professionnelle et Scolarité au pôle qualité de vie de [Vaincre la Mucoviscidose](#). « *Je préfère le courriel*



car cela laisse le temps aux experts sollicités de bien travailler le sujet, ce qui me permet d'être sûr de la réponse que je vais apporter aux patients», explique Romain Montariol. Si Pauline Besse reconnaît avoir récemment orienté une maman vers la ligne téléphonique, c'était à la demande de Santé Info Droits qui avait déjà pris connaissance d'un premier mail de contexte. « Je privilégie le mail car cela me permet aussi de bien décrire le contexte du patient, avec sa famille, etc. », expose la jeune femme. Cette méthode contribue par ailleurs à enrichir le corpus des connaissances. « Nous avons créé un fichier au niveau de l'association qui recense la totalité des réponses de Santé Info Droits pour que toutes les assistantes sociales puissent en profiter », complète Pauline Besse.

Ce principe de mutualisation n'est pas le propre de Vaincre la Mucoviscidose. Il a aussi ses adeptes à l'association Afa Crohn-RCH-France. « Nous avons notre propre production de fiches pratiques, en lien avec les pathologies dont nous parlons, raconte Marie-Hélène Ravel. Mais pour tout ce qui se rapporte à l'Assurance maladie ou au droit du travail, quand il existe déjà une fiche Santé Info Droits, pour éviter d'en refaire une, nous indiquons sur notre site internet les liens vers lesdites fiches, à côté des nôtres. C'est bien qu'il y ait cette coopération et cette mise en commun de ressources de haut niveau. Autrement, nous ne pourrions pas le faire. » Même si Romain Montariol et Pauline Besse ne sollicitent la ligne de France Assos Santé que entre une à deux fois par mois, ils le disent à l'unisson : « C'est important de passer par les juristes de la ligne pour débrouiller des situations spécifiques ». Et ça peut même aller plus loin. « En cas de réforme touchant au droit du travail ou à l'Assurance maladie, avant même d'être sollicités par les patients, souvent, nous demandons aux experts de Santé Info Droits s'ils ont la même interprétation que nous du texte, en particulier sur ses conséquences », précise le responsable de mission Vie professionnelle et Scolarité.

« Encore jamais vu un Chatbot pertinent »

Pour l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ([Unafam](#)) – l'association du réseau qui représente le plus grand nombre de sollicitations (15,2 % en 2024) –, la ligne constitue un « relais technique rapide », énonce Marie-Perle Sciocca, psychologue clinicienne du service Écoute Famille. Le service compte 8 écoutantes à temps partiel, auxquelles s'ajoutent deux assistantes sociales. « Il y a quelques

permanences juridiques, assurées par deux avocats, mais elles sont réservées à nos adhérents et, par ailleurs, les délais peuvent être assez longs avant d'obtenir un rendez-vous, bref, même nos adhérents peuvent avoir besoin d'une réponse rapide », égrène-t-elle. Résultat, estime sa collègue Johana Do Rosario, « je réoriente vers la ligne au moins une fois par jour travaillé ». Les motifs de renvoi ne manquent pas, en lien, notamment, avec l'hospitalisation (durée, accès à l'équipe en charge du proche patient, information sur sa pathologie du proche, adulte ou mineur, isolement, etc.), mais aussi la problématique de la rupture du parcours de soins ou encore la protection juridique (tutelle, curatelle, etc.). « Les familles connaissent souvent leurs droits, mais ne comprennent pas pourquoi ils ne sont pas respectés. C'est ce décalage entre les textes et la vraie vie qui les amènent à nous contacter avec, sous-entendue, la question de savoir comment les faire appliquer », résume Marie-Perle Sciocca.

« Le fait de savoir qu'il y a des partenaires compétents au sein du réseau susceptibles d'apporter des réponses de qualité à différents problèmes, ça nous rassure. Face à des situations souvent complexes, on peut se sentir non seulement seules, mais impuissantes aussi », remarque Johana Do Rosario. Et le feedback des familles, quand il y en a un, est toujours positif. C'est donc doublement rassurant. Enfin, pas de trêve pour Santé Info Droits qui répond en toute saison, et dont les horaires sont par ailleurs relativement étendus, autrement dit compatibles avec la vie professionnelle. « Nous n'avons pas de permanence, l'été, nous invitons donc sur notre messagerie vocale et notre site internet à contacter Santé Info Droits, rebondit Marie-Hélène Ravel. À ce jour, je n'ai encore jamais vu un Chatbot pertinent ! » En résumé, Santé Info Droits, c'est du sérieux... et une chance. « C'est quand même super qu'il existe un service que tout usager peut solliciter sans avoir besoin d'y adhérer et où l'on est certain d'échanger avec un expert », conclut Johana Do Rosario.

“

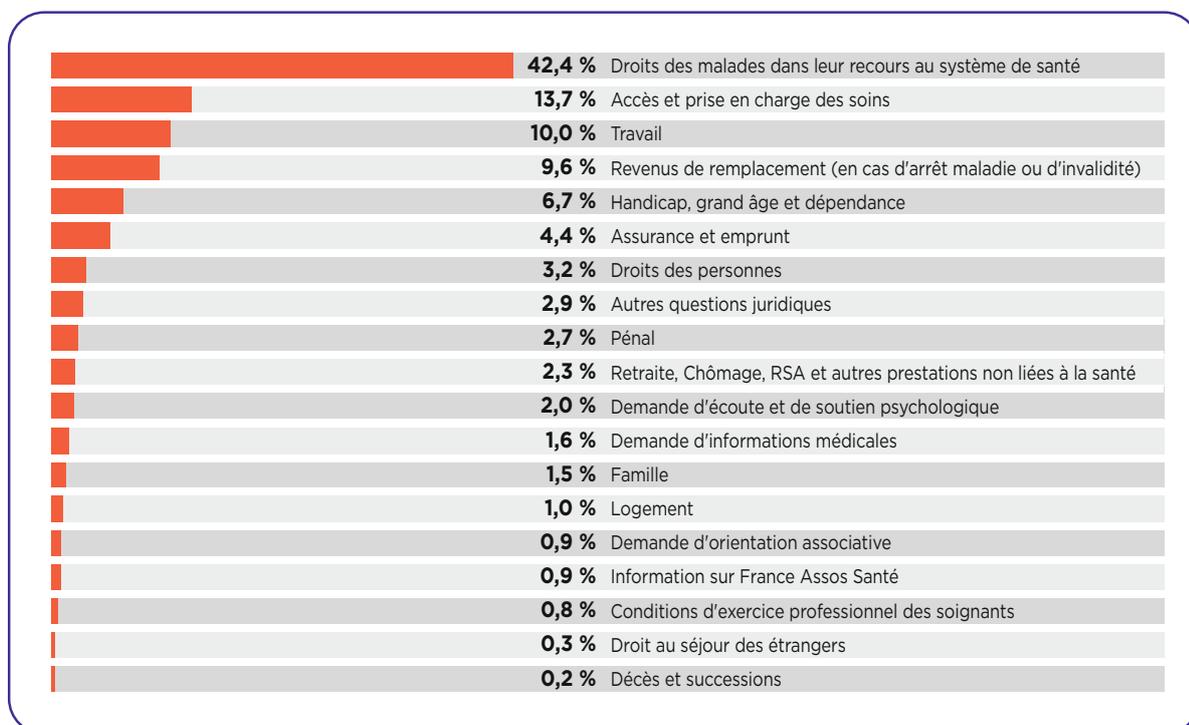
Je réoriente vers la ligne au moins une fois par jour travaillé.

”

Observation des problématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits

Dans un contexte de très forte augmentation de l'activité de la ligne, la répartition par thématique reste relativement stable

et les questions de droits des malades dans leur recours au système de santé constituent toujours une part prépondérante des sujets de sollicitations.



Une évolution notable concerne cependant plus spécifiquement les questions d'accès aux soins qui deviennent la deuxième thématique en termes de nombre de sollicitations. Sur ce sujet comme sur d'autres, les situations rapportées révèlent une désynchronisation croissante entre les droits théoriques et leur effectivité. Les assurés rencontrent des obstacles administratifs, des refus peu ou pas motivés, et globalement une perte de lisibilité du système. Cette tension entre droit formel et accès réel entraîne des conséquences marquées pour les personnes en situation de handicap, de précarité ou souffrant de maladies chroniques.

Si les constats eux-mêmes ne sont pas inédits, ce qui l'est en revanche, c'est la fréquence – et parfois la violence – avec laquelle les personnes expriment leur désarroi face à l'impossibilité de trouver un interlocuteur identifiable, compétent et responsable au sein des organismes en charge de traiter leur situation. Les usagers ne savent plus à qui s'adresser, ni comment faire valoir leurs droits.

Il s'agit très probablement d'un des principaux vecteurs expliquant l'augmentation du recours à Santé Info Droits.

Dans le détail, l'accroissement des sollicitations par thématique est la suivante :

Évolution des sollicitations par thématique

| | |
|---|---------------|
| Accès et prise en charge des soins | +50,9% |
| Pénal | +41,7% |
| Famille | +23,4% |
| Ensemble des sollicitations | +14,7% |
| Handicap, grand âge et dépendance | +10,2% |
| Droits des malades dans leur recours au système de santé | +9,5% |
| Droits des personnes | +8,0% |
| Logement | +0,9% |
| Demande d'écoute et de soutien psy | 0,0% |
| Revenus de remplacement (en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité) | -4,8% |
| Assurance et emprunt | -10,9% |
| Travail | -15,1% |
| Retraite, Chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé | -16,3% |
| Droit au séjour des étrangers | -38,1% |

Par ailleurs, les 18 sujets les plus abordés donnent un aperçu fidèle des questions que les usagers nous posent le plus souvent :

TOP 18 des sujets de sollicitations

| | |
|---|-------|
| Accident médical | 1 373 |
| Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale | 1 312 |
| Accès au dossier médical | 1 018 |
| Coordination des soins | 754 |
| Consentement et liberté de choix | 651 |
| Pension d'invalidité de la Sécurité sociale | 548 |
| Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale | 523 |
| Arrêt maladie (aspect employeur) | 302 |
| Maltraitance et respect de la dignité | 284 |
| Droit à l'Information sur les soins | 233 |
| Allocation aux adultes handicapés | 222 |
| Accès à l'assurance et à l'emprunt | 220 |
| Aménagement de poste et reclassement professionnel | 209 |
| Discrimination et refus de soins | 205 |
| Accident du travail et maladie professionnelle (aspects relatifs au droit du travail) | 191 |
| Représentation des usagers | 177 |
| Rupture du contrat de travail | 172 |
| Prestation de compensation du handicap | 169 |

Derrière ces données globales se cachent de grandes disparités en fonction des pathologies évoquées par les usagers de Santé Info Droits.

Dans le tableau suivant, sont présentées, pour chaque pathologie ou situation médicale :

- en blanc, les thématiques abordées de manière comparable à la moyenne de l'ensemble des sollicitations ;
- en vert, les thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations ;
- en bleu, les thématiques sous-représentées par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations.

| | DROITS DES MALADES | ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS | TRAVAIL |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------------------|---------|
| Âge et dépendance | 48,4% | 5,9% | 0,2% |
| Alzheimer | 45,4% | 1,8% | 0,0% |
| Apnée du sommeil | 38,5% | 7,7% | 15,4% |
| Arthrose | 23,3% | 33,3% | 16,7% |
| Asthme | 41,7% | 16,7% | 20,8% |
| Autisme | 35,4% | 15,4% | 4,6% |
| AVC | 58,4% | 5,8% | 8,1% |
| Burn-out | 10,1% | 3,4% | 50,7% |
| Cancer / Tumeur / Lymphome | 30,3% | 17,9% | 14,5% |
| COVID 19 (hors covid long) | 69,7% | 6,1% | 9,1% |
| COVID 19 long | 6,9% | 6,9% | 43,1% |
| Déficience auditive et surdité | 18,2% | 65,9% | 2,3% |
| Déficience visuelle et cécité | 60,0% | 20,0% | 5,0% |
| Dentaire | 57,5% | 41,1% | 0,2% |
| Dépression | 31,1% | 7,4% | 31,4% |
| Diabète | 31,4% | 29,7% | 8,5% |
| Difficultés de procréation | 25,0% | 25,0% | 8,3% |
| Endométriose | 22,9% | 25,0% | 20,8% |
|  pilepsie | 38,7% | 3,2% | 9,7% |
| Fibromyalgie | 11,7% | 22,8% | 20,7% |
| Gougerot Sjogren | 12,5% | 34,4% | 3,1% |
| Greffe | 28,6% | 47,6% | 4,8% |
| Grossesse / Accouchement / IVG | 71,5% | 12,5% | 7,6% |
| Handicap fonctionnel | 28,9% | 12,5% | 10,9% |
| H mophilie | 66,7% | 0,0% | 0,0% |
| Hépatite B | 22,2% | 0,0% | 22,2% |
| Hépatite C | 25,0% | 16,7% | 16,7% |
| Hypertension | 14,3% | 23,8% | 4,8% |
| Infection sexuellement transmissible | 11,1% | 11,1% | 0,0% |
| Insuffisance rénale | 47,6% | 23,8% | 3,2% |
| Insuffisance respiratoire | 42,9% | 28,6% | 14,3% |

 Thématiques abordées de manière comparable à la moyenne de l'ensemble des sollicitations

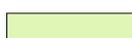
 Thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations

 Thématiques sous-représentées par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations

| REVENUS DE REMPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ) | HANDICAP, GRAND ÂGE ET DÉPENDANCE | ASSURANCE ET EMPRUNT | RETRAITE, CHÔMAGE, RSA ET AUTRES PRESTATIONS NON LIÉES À LA SANTÉ | DROITS DES PERSONNES |
|--|-----------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| 0,3% | 32,0% | 0,5% | 0,5% | 13,3% |
| 1,2% | 19,6% | 1,2% | 0,0% | 24,5% |
| 15,4% | 23,1% | 15,4% | 0,0% | 7,7% |
| 16,7% | 16,7% | 0,0% | 3,3% | 0,0% |
| 4,2% | 0,0% | 4,2% | 0,0% | 0,0% |
| 0,0% | 23,1% | 0,0% | 0,0% | 3,1% |
| 7,5% | 6,9% | 5,2% | 1,2% | 5,2% |
| 36,5% | 2,7% | 4,1% | 4,1% | 0,7% |
| 18,5% | 4,3% | 11,8% | 2,7% | 1,6% |
| 6,1% | 3,0% | 3,0% | 3,0% | 0,0% |
| 33,3% | 9,7% | 5,6% | 0,0% | 1,4% |
| 1,1% | 11,4% | 1,1% | 1,1% | 2,3% |
| 2,9% | 10,0% | 2,1% | 0,7% | 0,0% |
| 0,4% | 0,0% | 0,4% | 0,0% | 0,2% |
| 20,6% | 4,1% | 5,1% | 2,7% | 1,7% |
| 8,5% | 5,1% | 12,7% | 0,0% | 3,4% |
| 16,7% | 8,3% | 0,0% | 8,3% | 0,0% |
| 10,4% | 14,6% | 0,0% | 6,3% | 0,0% |
| 3,2% | 22,6% | 3,2% | 3,2% | 19,4% |
| 24,1% | 22,1% | 2,1% | 2,8% | 1,4% |
| 28,1% | 15,6% | 6,3% | 0,0% | 0,0% |
| 4,8% | 0,0% | 9,5% | 0,0% | 0,0% |
| 6,3% | 0,7% | 0,0% | 0,0% | 0,7% |
| 9,0% | 31,3% | 2,7% | 2,7% | 2,7% |
| 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 11,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 8,3% | 0,0% | 16,7% | 0,0% | 0,0% |
| 4,8% | 4,8% | 9,5% | 0,0% | 0,0% |
| 0,0% | 0,0% | 11,1% | 0,0% | 0,0% |
| 4,8% | 4,8% | 7,9% | 0,0% | 1,6% |
| 0,0% | 4,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |

| | DROITS DES MALADES | ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS | TRAVAIL |
|--|--------------------|------------------------------------|---------|
| Maladie de Charcot (SLA) | 40,0% | 30,0% | 20,0% |
| Maladie de Crohn | 5,6% | 16,7% | 25,0% |
| Maladies auto-immunes (autres que celles identifiées par ailleurs) | 31,0% | 13,8% | 17,2% |
| Maladies cardio-pulmonaires | 56,1% | 16,7% | 3,8% |
| Maladies de peau | 57,7% | 42,3% | 3,8% |
| Maladies des artères et des veines | 68,4% | 15,8% | 0,0% |
| Maladies du sang (sauf hémophilie) | 28,6% | 28,6% | 7,1% |
| Maladies du système digestif (autres que celles identifiées par ailleurs) | 71,4% | 16,1% | 1,8% |
| Maladies du système génito-urinaire | 75,9% | 13,0% | 1,9% |
| Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs) | 45,7% | 11,4% | 14,3% |
| Maladies du système ORL | 61,5% | 19,2% | 3,8% |
| Maladies du système ostéo-articulaire (autres), des muscles et du tissu conjonctif | 46,8% | 12,3% | 21,7% |
| Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs) | 36,0% | 24,0% | 4,0% |
| Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète) | 41,2% | 17,6% | 11,8% |
| Maladies neuromusculaires | 33,3% | 24,2% | 9,1% |
| Maladies rares et/ou orphelines (autres que celles identifiées par ailleurs) | 12,5% | 22,3% | 14,3% |
| Mucoviscidose | 15,4% | 23,1% | 7,7% |
| Myopathie | 35,3% | 5,9% | 17,6% |
| Obésité | 48,3% | 24,1% | 13,8% |
| Parkinson | 21,3% | 8,0% | 5,3% |
| Polyarthrite rhumatoïde | 15,4% | 15,4% | 11,5% |
| Schizophrénie | 61,5% | 1,3% | 0,0% |
| Sclérose en plaques | 21,3% | 8,2% | 27,9% |
| Spondylarthrite | 17,4% | 21,7% | 30,4% |
| Traumatismes crâniens | 44,4% | 11,1% | 0,0% |
| Troubles bipolaires | 42,3% | 7,7% | 7,7% |
| Troubles du sommeil | 42,9% | 0,0% | 14,3% |
| Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs) | 64,7% | 4,3% | 1,6% |
| Troubles musculo-squelettiques (TMS) | 46,7% | 11,1% | 20,0% |
| V.I.H/SIDA | 11,4% | 12,7% | 10,1% |

 Thématiques abordées de manière comparable à la moyenne de l'ensemble des sollicitations

 Thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations

 Thématiques sous-représentées par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations

| REVENUS DE REMPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ) | HANDICAP, GRAND ÂGE ET DÉPENDANCE | ASSURANCE ET EMPRUNT | RETRAITE, CHÔMAGE, RSA ET AUTRES PRESTATIONS NON LIÉES À LA SANTÉ | DROITS DES PERSONNES |
|--|-----------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| 0,0% | 0,0% | 10,0% | 0,0% | 0,0% |
| 11,1% | 11,1% | 38,9% | 2,8% | 0,0% |
| 13,8% | 10,3% | 24,1% | 6,9% | 3,4% |
| 6,1% | 6,1% | 9,8% | 0,8% | 0,8% |
| 3,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 5,3% | 5,3% | 5,3% | 0,0% | 10,5% |
| 7,1% | 0,0% | 28,6% | 0,0% | 0,0% |
| 1,8% | 5,4% | 5,4% | 1,8% | 0,0% |
| 3,7% | 0,0% | 3,7% | 0,0% | 0,0% |
| 14,3% | 5,7% | 5,7% | 0,0% | 0,0% |
| 3,8% | 11,5% | 3,8% | 3,8% | 0,0% |
| 19,7% | 3,4% | 3,9% | 2,5% | 0,0% |
| 12,0% | 16,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 0,0% | 0,0% | 11,8% | 0,0% | 5,9% |
| 15,2% | 12,1% | 9,1% | 0,0% | 3,0% |
| 13,4% | 14,3% | 11,6% | 5,4% | 0,0% |
| 7,7% | 30,8% | 30,8% | 0,0% | 0,0% |
| 17,6% | 17,6% | 11,8% | 11,8% | 0,0% |
| 3,4% | 3,4% | 3,4% | 0,0% | 3,4% |
| 14,7% | 22,7% | 6,7% | 5,3% | 8,0% |
| 34,6% | 11,5% | 3,8% | 7,7% | 0,0% |
| 1,3% | 2,6% | 2,6% | 1,3% | 12,8% |
| 6,6% | 16,4% | 13,1% | 4,9% | 4,9% |
| 21,7% | 4,3% | 13,0% | 0,0% | 0,0% |
| 11,1% | 22,2% | 0,0% | 0,0% | 11,1% |
| 6,2% | 4,6% | 7,7% | 0,0% | 13,8% |
| 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 2,8% | 6,5% | 2,0% | 0,6% | 11,0% |
| 15,6% | 2,2% | 2,2% | 2,2% | 0,0% |
| 3,8% | 3,8% | 32,9% | 6,3% | 7,6% |



Vous êtes victime d'un refus de soin ? Vous avez le droit de ne pas garder le silence.

Des juristes répondent gratuitement
à vos questions en lien avec votre santé.



[Défendre vos droits](#) [Vous représenter](#) [Agir sur les lois](#)

Informations et actions sur france-assos-sante.org

F O C U S

TOUS ÉGAUX ET
SOLIDAIRES DEVANT
LA SANTÉ : **UN IDÉAL
QUI S'ÉLOIGNE DE
PLUS EN PLUS**

La thématique de l'accès et de la prise en charge des soins a littéralement explosé en 2024. Si nous l'avions pressenti en 2023, en axant notre propos sur la problématique de l'accès et de la coordination des soins, notamment sous l'angle géographique et sociétal, cette année, nous avons souhaité mettre en évidence les questions financières qui compromettent le respect des droits des usagers du système de santé. Et cela, pour divers motifs : en raison, soit d'évolutions législatives et réglementaires défavorables, soit de mauvaises pratiques d'établissements de santé ou de caisse d'Assurance maladie.

Les franchises et autres participations forfaitaires à la charge des assurés sociaux, malades ou bien portants

Depuis de nombreuses années, lois et décrets sont venus compléter le ticket modérateur, c'est-à-dire la part non remboursée par la Sécurité sociale, augmentant ainsi le reste à charge des assurés sociaux dans le cadre de leur parcours de santé : forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de 1€, forfait sur les actes lourds ou coûteux et enfin franchises médicales trouvent à s'appliquer sur différentes prestations médicales remboursées.



J'ai fait des soins dentaires que je n'ai pas fini, j'ai fait un chèque de 123 euros, et la dentiste a encaissé et m'avait dit que je serais remboursé. Mais la CPAM m'a dit que je devais plus de 400 euros de participations forfaitaires et franchises sur plusieurs années mais du coup je ne peux pas continuer à faire mes soins dentaires, je suis sans dent je ne sais plus vers qui me tourner.

Les questions portant sur les franchises et participations forfaitaires ont bondi cette année 2024 avec une augmentation record de +530%.

Évolution de la thématique « Modalités et niveaux de prise en charge »

| | |
|--|---------|
| Franchises et participations forfaitaires | +530,4% |
| Carte Vitale | +181,3% |
| Accident du travail et maladie professionnelle | +103,5% |
| Niveau de prise en charge et remboursement (prestations non visées précédemment) | +80,3% |
| ALD - Protocole de soins | +76,2% |
| Cures thermales | +35,7% |
| Parcours de soins coordonné | +33,3% |
| Frais de transport | +14,9% |
| Tiers payant - dispense d'avance de frais | +10,0% |
| Prise en charge des soins hors Union européenne | 0,0% |
| Prise en charge des soins au sein de l'Union européenne | -7,3% |
| 100% invalidité | -10,0% |
| Médicaments génériques | -23,9% |

La participation forfaitaire est laissée à la charge de l'assuré pour chaque acte et consultation réalisés par un médecin et chaque acte de biologie médicale. En revanche, elle ne s'applique pas pour les soins et/ou actes pratiqués par un chirurgien-dentiste, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste ou orthoptiste, ni dans le cadre d'une intervention chirurgicale d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital ou du dépistage du cancer du sein.

Les franchises médicales s'appliquent quant à elles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

La [fiche Santé Info Droits pratique C.6](#) apporte des informations utiles sur ces dispositifs.

Très peu d'actes ou d'assurés sociaux sont ainsi exonérés du paiement de ces dispositifs :

 **Victime d'un accident de travail, je me retrouve prélevée de toutes les franchises médicales or conformément à l'article L441-1 du Code de la Sécurité Sociale, les frais médicaux liés à un accident du travail doivent être pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale (ce qui est bien mon cas), sans APPLICATION DE FRANCHISES OU TICKET MODERATEUR (ce qui n'est pas mon cas). En effet, j'ai constaté que tous mes frais médicaux dans le cadre de mon accident de travail ont été soumis à des franchises. Cette situation est en contradiction avec les droits accordés aux victimes d'accidents du travail tels que définis par l'article par L411-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. La Sécurité sociale refuse de tenir compte de cet article et continue de me prélever ce qui représente un budget conséquent compte tenu de tous les soins que je reçois ainsi que des nombreux rendez-vous médicaux.**

 **Bonjour, j'ai reçu de ma caisse primaire d'assurance maladie, un courrier me demandant de leur payer 50 euros. Voici ce que ce courrier me réclame (pour certaines consultations, examens et produits de santé, une participation forfaitaire et une franchise sont à la charge des assurés. Vous bénéficiez de la dispense d'avance de frais pour la plupart de vos soins. Aussi, ces participations et franchises ne peuvent donc pas être déduites de vos remboursements et doivent alors être réglées directement à l'Assurance Maladie.) Je ne comprends pas, je suis en ALD 30, j'ai deux greffes et autres différents problèmes de santé.**

Je n'ai jamais rien payé jusqu'alors pour tous ces problèmes, pourquoi maintenant suis-je redevable de cette somme de 50 euros. Mes problèmes de santé ne se sont pas arrangés, et maintenant je dois régler cette somme pour le temps 2019-2020 pourquoi cette période !

La prise en charge des soins à 100% pour les personnes reconnues atteintes d'affection de longue durée ou des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle est une illusion. Les patients dans cette situation sont en effet tout autant redevables de ces sommes que les autres.

De tout temps, France Assos Santé et, plus globalement, les associations de personnes malades, se sont opposées à l'augmentation du reste à charge des usagers du système de santé, qui fragilise l'égalité d'accès aux soins, pénalise les plus malades et débouche sur un transfert de charges vers les organismes complémentaires d'Assurance maladie qui fonctionnent selon une logique économique moins solidaire. Selon les principes de la solidarité nationale et de la mutualisation des risques, « *les bien-portants paient pour les malades* ». Avec l'instauration des franchises et autres participations, les malades, usagers de biens et services médicaux, sont mis à contribution pour financer les besoins d'autres malades.

Malgré des alertes continues, des amendements à répétition aux projets de loi successifs de financement de la Sécurité sociale visant leur suppression, mais constamment rejetés par les parlementaires, malgré des votes systématiquement contre en Conseil d'administration de la Caisse nationale d'Assurance maladie, 2024 a vu, à l'inverse, [ces participations doublées par décret](#) ! C'est ce qui a occasionné l'explosion des sollicitations sur le sujet, ceci combiné au fait que les CPAM ont visiblement raclé les fonds de tiroirs, en 2024, en allant jusqu'à récupérer auprès de nombreux assurés les franchises et participations forfaitaires des années antérieures :

 **Je reçois pour la deuxième fois en 4 mois, une alerte de la CPAM non seulement par email mais aussi qui est affichée dans mon compte Ameli, concernant le paiement dû sur les sommes forfaitaires qui remontent à une bonne année, taxi VSL, pharmacie, laboratoires, infirmières etc. Mon mari est en ALD depuis juillet 2023, j'ai vérifié les relevés de remboursement, il y a bien ces frais forfaitaires déduits des remboursements, je ne comprends pas.**

Si le montant des participations forfaitaires et franchises a doublé, le plafond annuel de chacune est cependant resté inchangé, ce qui fait que les personnes qui bénéficient de soins récurrents et donc accusent les plus gros restes à charge sont un peu moins impactées par cette réforme.

Reste un manque flagrant de transparence dans les imputations aux actes et prestations concernés, ce qui se traduit par des pratiques extrêmement contestables dans l'application des plafonds annuels, y compris au bout de cinq ans.

 **Bonjour, Ameli me bloque un remboursement de frais de dentiste de 164,31 car je leur dois 139,19 de franchises diverses depuis le 13/03/2019, mais parallèlement ils me demandent une somme de 48,09€. Je ne comprends pas cette double facturation. Est-ce que ces 48,09 débloqueront le remboursement de 164,31. Merci pour votre réponse car le 3646 est quasi impossible à joindre. Cordialement.**

 **La mutuelle sociale agricole (MSA) récupère des franchises sur mon décompte mensuel comprenant ma pension retraite...**

France Assos Santé a toujours contesté fermement l'application d'un délai de prescription de droit commun de cinq années pour la récupération de ces forfaits et franchises, alors que les autres prestations de l'Assurance maladie se voient appliquer un délai de deux ans. Cela fait peser sur les assurés sociaux une charge bien trop longue et disproportionnée.

Déjà épinglées par [la Cour de cassation en 2012](#), puis par la [Défenseure des droits en 2020](#) pour des récupérations regroupées, les Caisses primaire d'Assurance maladie devraient mettre en place d'autres méthodes d'optimisation budgétaire si elles ne souhaitent plus être sanctionnées par les instances saisies par des assurés sociaux, plutôt courageux dans la ténacité de leur recours.

De même, il convient également d'être attentif aux modalités de calcul du plafond, comme en atteste ce témoignage :

 **Je souhaiterais avoir une précision concernant les franchises forfaitaires et participations forfaitaires. Le Code de la Sécurité**

sociale indique qu'il ne peut pas être prélevé + de 50€/an pour la franchise et pour la participation. J'ai effectué le calcul pour l'année du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 et j'ai 71€ de Franchise forfaitaire. Je leur ai demandé une explication et leur réponse : « le montant de vos franchises médicales est de 50 euros pour vos soins et pharmacies réalisés et payés entre le 06/09/2023 et 28/02/2024 » Est-ce que cette franchise est calculée à cheval sur deux années ?

Les textes sont clairs en la matière : [l'article D160-10](#) du Code de la Sécurité sociale parle bien d'année civile et non d'année glissante : « Le montant maximum supporté au titre de la franchise mentionnée au III de [l'article L. 160-13](#) par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 euros. Pour l'application de l'alinéa précédent, les montants de franchise sont pris en compte à la date du remboursement des prestations. »

Enfin, il est inacceptable que ces récupérations puissent se faire sur le versement des prestations en espèces de l'Assurance maladie, maternité, invalidité ou retraite. Ces prestations sont des revenus de subsistance pour les personnes. Récupérer cinq années de forfaits et franchises sur ces ressources les conduit à toujours plus de difficultés.

Pour conclure sur ce sujet, laissons la parole à la maman d'une jeune fille en situation de handicap :

 **Je suis la maman d'une jeune femme de 23 ans polyhandicapée, qui vit dans une maison d'accueil spécialisée médicalisée. Aujourd'hui je reçois un courrier de la CPAM qui m'informe qu'elle doit le paiement de la franchise médicale au titre de la période de 2019-2024. Cela me scandalise. Tous ses actes médicaux sont en lien avec sa pathologie, et ceux qui ne le sont pas sont pourtant essentiels à sa vie. La question que je me pose est de savoir pourquoi les personnes polyhandicapées sont visés par cette franchise médicale ? Et puis, comment faire admettre à nos dirigeants que les sommes réclamées au titre de la franchise médicale sont injustifiées dans leur cas. Pourriez-vous m'éclairer sur la question ?**

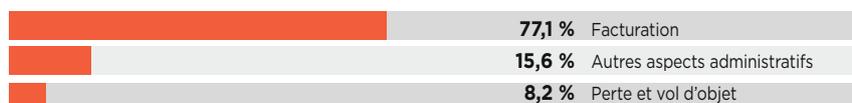
Des problématiques importantes en matière de **facturation** de la part des établissements de santé

Ces questions liées à la facturation par les établissements de santé sont intégrées à notre première thématique de sollicitations, à savoir « Droits des usagers au sein du système de santé ».

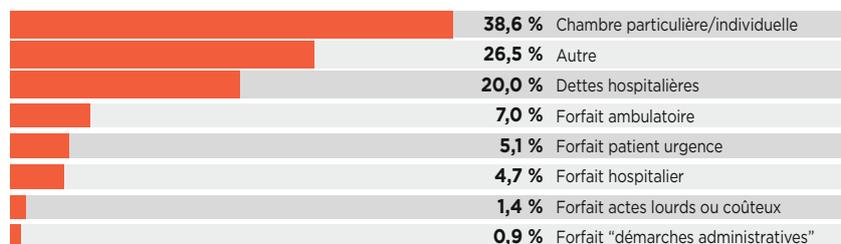
Évolution de la thématique « Droits des usagers au sein du système de santé »

| | |
|---|--------------|
| Démographie médicale | 158,6% |
| Fin de vie et directives anticipées | 89,7% |
| Coordination des soins | 60,3% |
| Dossier pharmaceutique | 35,0% |
| Secret professionnel et respect de la vie privée | 22,5% |
| Fonctionnement administratif des établissements de santé | 18,8% |
| Personne de confiance | 15,1% |
| Droit à l'information | 5,8% |
| Consentement et liberté de choix | 3,8% |
| Maltraitance et respect de la dignité | -0,4% |
| Dépassements d'honoraires | -2,4% |
| Accident médical | -3,3% |
| Espace Santé Numérique / DMP | -3,6% |
| Prise en charge de la douleur | -15,5% |
| Représentation des usagers | -29,0% |
| Discrimination et refus de soins | -35,0% |
| Santé publique | -36,3% |
| Sécurité et qualité des soins (hors réclamations individuelles) | -69,7% |

Répartition de la thématique « Fonctionnement des établissements de santé »



Les questions de facturation ont, à elles seules, augmenté de 10%. Elles portent sur les différentes prestations exposées ci-dessous :



Ces facturations viennent compléter le tableau des restes à charge des personnes malades.

Plusieurs dispositifs ou pratiques méritent d'être exposés ici.

Commençons par le nouveau venu dans la famille des forfaits : le forfait dit « patient urgences » :

Depuis le 1^{er} janvier 2022, une somme forfaitaire est due lorsqu'un **passage aux urgences** n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein même de l'établissement. Le montant de cette participation est de 19,61 euros quand celle-ci est à taux plein. Un forfait à taux réduit de 8,49 euros est appliqué à certaines catégories de personnes, dont celles atteintes d'une affection de longue durée. Par ailleurs, certaines situations particulières bénéficient de l'exonération totale du paiement de ce forfait.

France Assos Santé n'est pas opposé au principe de la forfaitisation : il a l'avantage d'être en effet plus simple et plus lisible pour l'ensemble des acteurs du système de santé, que ce soit les usagers, les établissements ou l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire, car il vient englober plusieurs restes à charge préexistants. Pourtant, la confusion demeure en matière de facturation et là, où certains assurés étaient exonérés du ticket modérateur, on retrouve une somme à payer pour les personnes non bénéficiaires d'une complémentaire santé...



Je conteste l'avis sommes à payer du centre des finances relatif au passage aux urgences pour suspicion diverticulite, du 2.04 dernier, arrivée 13h, sortie 8h le 3.04 sur conseil urgentiste vu à 4h30 du matin, scanner fait à 2h30. Suis restée sur brancard aux urgences avec une dizaine de personnes. J'ai un 100% invalidité plus une ALD pour autre pathologie. Aucun détail sur l'avis, juste Prise en charge SS 1156,20€,

à ma charge 40€ ! Pas de précision du service comptable. Le forfait urgences étant de 19.61€, en ALD même si pas de rapport, le forfait est minoré ?? Je n'ai pas de mutuelle. Ce n'est pas une hospitalisation donc pas de forfait hospitalier !! Suis-je obligée de payer avant de réclamer au risque de ne pas être remboursée ?

S'il est vrai que les urgences sont engorgées avec beaucoup de passages qui ne relèvent pas forcément de soins urgents et vitaux, le problème reste néanmoins l'hétérogénéité, voire la carence d'offres de soins de premier recours dans certains territoires, obligeant parfois les usagers à se rendre aux urgences faute de structure de soins de proximité disponible, a fortiori le soir et le week-end.

 **Je me suis rendu aux urgences pour une otite que je traîne depuis 3 jours faute de médecin traitant. Une demi-heure après mon arrivée en salle d'attente, la personne en charge de l'accueil nous a informés que l'attente serait portée à plus de sept heures, car un seul médecin était présent et celui-ci venait de partir en opération. Je suis donc rentré chez moi et j'ai de nouveau tenté de contacter SOS médecins et j'ai pu être traité. Je viens de recevoir la facture de l'hôpital alors que je n'ai pas été pris en charge. Puis-je contester cette facture ?**

La sollicitation ci-dessus nous permet d'explorer les modalités de facturation de ce forfait. Aux termes de l'[article L1111-3-4 du Code de la Santé publique](#), « les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées. »

Par ailleurs, le forfait patient urgences (FPU) correspond à la participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences. L'[article L160-13 du Code de la Sécurité sociale](#) poursuit en énonçant que : « La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. [...] »

Ainsi, bien que l'utilisation du terme « passage » au sein de l'article de loi puisse prêter à interprétation, il est évident qu'un simple enregistrement administratif sans la délivrance d'un acte de soins, de prévention ou de diagnostic par un médecin ne peut jamais faire l'objet d'une quelconque facturation.

Il en est de même du double enregistrement administratif pour des soins hospitaliers continus dont l'interruption n'est due qu'à l'organisation des services internes, comme décrit par la personne ci-dessous :

 **Je suis en litige avec l'hôpital d'Annecy qui me facture 2 passages aux urgences pour ma fille alors que nous n'avons fait qu'un seul passage qu'ils m'ont cependant imposés en deux temps car le service d'échographie était fermé la nuit et qu'il n'avait pas de chambre pour garder ma fille : ils nous ont fait rentrer à domicile pour 4h, sans clôture de dossier, sans compte rendu, en nous redemandant de revenir le matin pour effectuer l'échographie. Nous sommes ressorties 8h plus tard avec un seul compte rendu de visite car il n'y a eu qu'une seule visite. Je leur ai écrit pour contester. Ils m'ont répondu qu'ils avaient deux dossiers. Je leur ai fait une contre réponse en leur demandant de m'apporter la preuve des deux visites, et j'ai reçu un avis de poursuites par commissaire de justice. Je suis extrêmement scandalisée de leur attitude. Je souhaite juste que la facturation soit équitable, et que la Sécurité sociale et la mutuelle n'ait pas à rembourser 2 visites s'il n'y en a eu qu'une seule. On pourrait penser qu'il s'agit d'un comportement malhonnête pour tout simplement « faire rentrer de l'argent publique ». Je m'en remets donc à vous pour que vous m'informiez au mieux sur ma situation.**

Autre type de facturation hospitalière abusive, déjà épinglée par nos soins depuis plusieurs années : les chambres particulières, non sollicitées par les patients qui ne sont parfois pas en mesure de consentir à un autre effort que celui important et nécessaire pour se soigner. Malheureusement, cette problématique est persistante.

Nous sommes ainsi les témoins d'abus de faiblesse...

 **J'ai été opéré en ambulatoire et on m'a fait signer un papier sans que je sache de quoi il s'agissait et que je puisse lire car je suis malvoyant. Il s'agissait d'une chambre individuelle qu'on veut me facturer aujourd'hui. Que puis-je faire ?**

... de méthodes coupe-file intolérables lorsqu'il s'agit d'accès aux soins :

 **Ma fille doit être hospitalisée en psychiatrie. La clinique vers laquelle l'orienter son médecin lui indique que si elle accepte le surcoût d'une chambre individuelle, elle peut être hospitalisée immédiatement mais qu'à défaut elle sera mise sur liste d'attente. Que faire par rapport à ce chantage.**

[L'article R162-27 du Code de la Sécurité sociale](#) détermine la réglementation en matière de facturation :

« **Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au IV de l'article L. 162-22-18 et au 2° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :**

1° L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation. Cette installation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue ; [...]

L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce.

[...] »

Ainsi, pour être valablement facturée, une chambre individuelle doit :

- Ne pas être nécessitée par l'état de santé du patient (isolement sur prescription médicale) ;
- Avoir fait l'objet d'une « exigence particulière » du patient (c'est-à-dire une **demande explicite** de sa part), document signé par celui-ci à l'appui ;
- Avoir fait l'objet d'une information préalable sur son coût.

S'il apparaît que ces conditions ne sont pas respectées, il appartient à l'utilisateur de contester cette facturation en suivant les voies de recours indiquées sur le courrier reçu, en fondant sa contestation sur les critères et conditions de l'article R162-27 du Code de la Sécurité sociale précité.

Sur le plan du contrôle externe, près de 15 ans après les premières alertes des associations sur les facturations abusives des cliniques privées et la première vague de contrôles menée en 2019, qui avait mis en lumière des irrégularités de facturation dans la moitié des cliniques contrôlées, [la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes \(DGCCRF\) constate, 5 ans plus tard, que ces pratiques perdurent et même s'amplifient](#). Et de manière significative : 75% des 120 établissements contrôlés présentent en effet des anomalies de facturations, notamment concernant les services proposés en complément des prestations de soins, tels que la chambre individuelle, la location de télévision, l'hébergement d'un accompagnant ou encore la blanchisserie. Les irrégularités constatées très massivement concernaient en majorité le défaut d'information claire des patients assimilables à des pratiques commerciales trompeuses laissant penser que les services optionnels étaient obligatoires, ainsi que le défaut d'information sur les tarifs.

Au total, plus d'une centaine d'avertissements et d'injonctions ont été prononcés, auxquels s'ajoutent 12 amendes administratives pour un montant de 160 000€ et 2 procès-verbaux pénaux, avec une amende pénale de 300 000€ infligée à un prestataire de services, dans le cadre de sa gestion des chambres individuelles d'établissements de santé, pour pratique commerciale trompeuse.

Autre phénomène constaté cette année par l'équipe de Santé Info Droits : des transmissions de facture retardées.

 **Y a-t-il un délai légal pour recevoir son bordereau de facturation après une hospitalisation ? Si oui quel est-il ? J'attends un bordereau de facturation depuis presque deux mois pour me faire rembourser par ma mutuelle des dépassements d'honoraire dans une clinique suite à mon accouchement. Le service comptabilité me balade d'excuses bidons en excuses bidons sans me donner de délai. Lors de mon admission et de ma sortie, l'agent d'accueil qui a effectué mes formalités m'avait pourtant indiqué que le délai était de 1 mois. J'ai envoyé un courrier à la direction afin de saisir la commission des usagers et obtenir mon bordereau mais je n'ai pas encore reçu de réponse.**



J'ai subi une néphrectomie pour adénocarcinome le 7 mars dans une clinique privée et j'ai dû comme convenu déboursier 150 euros de dépassement pour l'anesthésiste et 400 euros pour le chirurgien. À ce jour je n'ai pu me faire rembourser une partie de ces sommes par la mutuelle pour la seule et unique raison que le service facturation de la clinique ne fait pas la transmission auprès de la CPAM sous prétexte que de nouvelles réglementations de la caisse sont attendues. Après plusieurs appels et mails, j'ai donc obtenu cette réponse et je me suis également rapprochée de la CPAM par téléphone, l'agent que j'ai eu en ligne me signale une mauvaise volonté du service facturation et me conseille de faire pression. Je vous avoue que je n'ose plus m'adresser à ce service sous peine de me faire rabrouer à nouveau. Suis-je dans mon droit pour me présenter physiquement dans ce service ?

Ces pratiques vont à l'encontre de nombreuses règles édictées par le droit commun de la consommation, mais aussi par le Code de la Santé publique et le Code de déontologie médicale, à savoir l'obligation de fournir une facture des prestations acquittées ou à acquitter.

D'abord, l'[article L1111-3-1 du Code la Santé publique](#) :

« Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

Mais aussi l'[article 53 du Code de déontologie médicale \(article R.4127-53 du code de la Santé publique\)](#) qui dispose que :

« Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télé-médecine.

Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades. »

Cette pratique que l'on constate depuis quelques années, à la même période, autrement dit au cours du mois de mars, concerne plus particulièrement les cliniques qui mènent un mouvement de contestation à l'encontre de l'Assurance maladie à propos des tarifications de prestations de soins. Les usagers ne peuvent pas être pris en otage au milieu de discussions conventionnelles.

On a même vu, dans des contextes différents, des facturations d'établissement tellement tardives que l'articulation des délais de prescription a pu conduire des personnes malades à se retrouver avec une dette hospitalière impossible à absorber. En effet, si une clinique facture ses soins au bout de 4 ans tel que son délai de facturation le lui permet (c'est-à-dire 5 ans), l'assuré social, lui, ne peut plus présenter cette facture au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire ou complémentaire, car le délai de recouvrement en cette matière est de 2 ans ! Inutile de s'étendre sur l'impact financier que de telles erreurs de gestion budgétaire de la part des établissements concernés font peser sur les personnes, déjà fragilisées par la maladie.

C'est ainsi que les représentants des usagers (RU), notamment ceux qui siègent en commission des usagers, ont un rôle fondamental à jouer sur ces problématiques. Les usagers ont tout intérêt à leur faire remonter leur litige afin que les RU puissent à la fois intervenir dans des dossiers individuels mais aussi veiller à ce que des bonnes pratiques soient mises en œuvre par les établissements de santé et que les facturations interviennent dans les meilleurs délais.

Faire du collectif avec de l'individuel, tel est le véritable apport de la représentation des usagers du système de santé.



**En cas de problème
juridique
lié à votre santé,
préférez cette ligne
à une recherche
en ligne.**

Des juristes répondent gratuitement
à vos questions en lien avec votre santé.



Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Informations et actions sur france-assos-sante.org

T E N D A N C E

LE TOP 18
DES **SUJETS**
LES PLUS
RÉCURRENTS
EN 2024

Les verbatim qui suivent se veulent le reflet de la diversité des demandes qui sont soumises à l'équipe de Santé Info Droits. Elles sont à la fois récurrentes et toutes singulières. Précisons que nous les restituons telles qu'elles nous parviennent ou sont formulées.

Accident médical

Bonjour, ma mère a perdu son œil suite à une tumeur cancéreuse décelée trop tard et nous sommes persuadés qu'il y a eu une erreur médicale dans le sens où l'examen n'a pas été rigoureux et les alertes de ma mère n'ont pas été prises au sérieux. Je souhaiterais connaître les démarches pour une indemnisation, et autres.

Accès au dossier médical

Mon ophtalmologue a pris sa retraite sans me donner mon dossier médical. Mon nouvel ophtalmologue me demande mon dossier médical puis-je savoir comment le récupérer ? Je fais aussi la demande pour mon mari.

Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale

Suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu fin 2020, ma mère, âgée aujourd'hui de 75 ans, a perdu son autonomie. Elle est en fauteuil roulant. Elle n'est plus capable de marcher, même avec assistance. Elle est incapable de se laver ou de s'habiller seule. La mobilité de ses membres supérieurs est très limitée mais lui permet de manger sans assistance. Elle est également incapable de déplacer son fauteuil roulant. Ainsi un transport en ambulance est obligatoire pour se rendre à ses rendez-vous médicaux (dentiste, ophtalmologue, ...). Cependant, la plupart du temps les frais de transport en ambulance restent à sa charge car son médecin traitant refuse de faire une prescription médicale de transport pour tout rendez-vous médical non lié à l'affection de longue durée (ALD) de ma mère (c'est-à-dire son AVC). C'est également le cas de certains médecins qui refusent de faire une prescription médicale de transport pour les prochains rendez-vous qu'ils donnent à ma mère. Généralement, ces médecins prétendent ne pas avoir les formulaires, alors que ladite prescription peut se faire en ligne sur Ameli pro, ou bien ne pas avoir le logiciel pour se connecter à Ameli pro, alors qu'un simple navigateur web suffit. J'ai contacté la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) via Ameli pour avoir plus d'informations sur les recours possibles afin que ma mère puisse bénéficier de prescriptions médicales de transport pour ses rendez-vous médicaux. La CPAM m'a conseillé de me rapprocher du médecin traitant de ma mère. Cela ne mène nulle part car ce dernier m'a explicitement dit ne pas faire de bon de transport pour tout rendez-vous non lié à l'ALD. Très concrètement ma mère est incapable de se rendre à un rendez-vous médical par ses propres moyens, et ce à cause de son ALD qui impacte fortement sa mobilité.

Arrêt de travail (aspect employeur)

Je suis en arrêt de travail depuis le 15 septembre pour burn out, mon employeur a fait faire 3 contrôles à mon domicile par un organisme privé, je n'ai jamais été notifiée, mon arrêt de travail précise que je suis en sortie libre, je n'étais chez moi que lors du premier contrôle qui s'est déroulé seulement 3 semaines après le début de mon arrêt. J'ai reçu ma fiche de paie pour le mois de décembre je perds presque 1 000 euros de salaire à la suite de ces contrôles, mon employeur a-t-il le droit de faire ça ?

Consentement aux soins et liberté de choix

Ma fille est atteinte d'une maladie rare et est hospitalisée depuis sa naissance. Nous avons des relations compliquées avec l'équipe soignante, qui nous ont conduit à adresser un mail à l'établissement dans lequel nous faisons part de nos doutes quant à la qualité de la prise en charge de notre fille. Notre ressenti s'est peu à peu amélioré mais l'établissement a unilatéralement pris la décision de transférer notre fille vers un autre établissement, décision avec laquelle nous sommes en désaccord. Peut-on obliger l'établissement à garder notre fille ?

Pension d'invalidité de la Sécurité sociale

Je vous écris au sujet de ma pension d'invalidité et des règles de cumul avec une activité que je n'arrive pas à comprendre malgré mes questions auprès de l'Assurance maladie. Voici ma situation : - j'ai été déclarée en invalidité de catégorie 1 depuis le 24 novembre dernier. - j'avais démissionné de mon emploi en septembre et je suis actuellement à la recherche d'un nouvel emploi à temps partiel, plus compatible avec mon état de santé - la Sécurité sociale m'a communiqué le montant de ma pension mais refuse de me donner celui du salaire de comparaison malgré mes demandes réitérées. Sur place, il m'a été répondu que ce n'était pas possible de me donner cette information et qu'il faudra attendre six mois. Par conséquent, je manque totalement de visibilité dans ma recherche d'emploi pour établir un ratio entre mes prétentions salariales et ma demande de temps partiel. Pourriez-vous m'expliquer comment est calculé le salaire de comparaison ? Par ailleurs, l'allocation de retour à l'emploi est-elle cumulable avec la pension d'invalidité ?

Allocation aux adultes handicapés

Mon allocation aux adultes handicapés (AAH) a été suspendue car je dois faire une demande d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et cela est en cours d'instruction devant la Sécurité sociale, non sans mal. Elle sera refusée car on dépasse les plafonds, comment obtenir l'AAH car je ne la touche plus depuis décembre et ça risque de durer encore longtemps pour que la CPAM se prononce ?

Droit à l'information sur son état de santé

J'ai un cancer. J'en ait été informé entre deux portes dans un couloir. Un traitement m'a été donné sans aucune explication notamment concernant les effets secondaires qui sont très lourds ni même les alternatives thérapeutiques. Rien ne m'a été expliqué.

Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale

Mon fils a repris le travail à temps plein après son temps partiel thérapeutique et la Sécurité sociale estime qu'elle lui a trop versé pendant un temps, car elle n'avait pas encore actualisé son dossier manifestement. Ils nous ont écrit pour nous informer d'un trop-perçu de 1 500 euros environ, et proposé un échéancier. Nous avons accepté en lettre simple et le mois suivant ils ont déduit 1 000 euros directement et l'ont privé de ses indemnités journalières en gros. Quels sont ses recours ?

Accès à l'assurance et à l'emprunt

Je suis assurée depuis 2023 et j'ai pu bénéficier des dispositions de la Loi Lemoine et j'ai pu être assurée sans questionnaire de santé. Aujourd'hui cependant, je note un paragraphe qui me questionne dans l'article sur les risques exclus : « ne peuvent ouvrir droit aux prestations décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, et au supplément décès accidentel, les atteintes corporelles [ou psychiques] et/ou décès résultant : (...) d'une incapacité de travail ou une invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie (selon la définition de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé) existante à la date d'effet de l'adhésion, ainsi que les suites, conséquences et rechutes liées à la pathologie ayant entraîné l'attribution d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, pour les adhésions réalisées sans questionnaire de santé ». Ma pathologie est un cancer et je suis en rémission complète depuis 2018. Je ne suis à ce jour ni en incapacité de travail ni en invalidité (par la sécurité sociale ou la MDPH) mais je ne peux pas exclure une récurrence susceptible de me mettre en incapacité de travail ou en invalidité. Est-ce que cela veut dire que si ce risque devait survenir, il n'est pas couvert par mon contrat ?

Coordination des soins

Mon infirmier m'a abandonné du jour au lendemain avant-hier. Celui-ci ne pouvant pas venir avant 15 heures pour des toilettes et ne pouvant passer qu'une fois au lieu de 2 fois par jour. Je suis mal voyant diabétique depuis l'âge de 20 ans j'ai un pacemaker et je me suis cassé l'épaule en décembre et je ne peux pas me laver au risque de tomber. J'ai contacté la pharmacie pour avoir des nouveaux numéros d'infirmiers. Une infirmière est passée hier elle m'a dit qu'elle ne reviendrait plus car il est difficile de se garer dans mon quartier et que ça lui fait perdre du temps, les autres sont complets. Comment faire ? Pas de place en maison de repos. Mon médecin traitant est en congé. Je suis seul à la maison sans infirmier pour me donner mes médicaments et sans personne pour m'aider à faire ma toilette.

Aménagement de poste et reclassement professionnel

J'ai eu un cancer, je suis en congé de longue durée (CLD) depuis 2020 j'arrive à épuisement de mes droits en septembre. Je ne peux pas reprendre mon ancien poste car je ne serai pas capable de faire les mêmes journées qu'auparavant, je suis dans la fonction publique hospitalière et mon poste était trop physique. On m'a fait deux propositions de reclassement mais qui ne me conviennent pas car on me propose des postes similaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ce qui sera encore plus physique qu'à l'hôpital. Je crains qu'ils forcent l'inaptitude, sont-ils dans l'obligation de me reclasser ? Peuvent-ils me proposer un autre poste ?

Maltraitance

Mon concubin est en USLD depuis 2 ans. J'ai constaté beaucoup de négligences. Je voudrais savoir la différence entre la négligence et la maltraitance. J'ai rendez-vous la semaine prochaine avec le médecin chef mais je voulais anticiper certaines questions. Cela fait 2 ans qu'il est dans cet établissement et que je note beaucoup de problème. Le dernier qui m'a décidé à agir, c'est des bleus sur ses bras, alors que mon concubin n'est plus en mesure de se déplacer seul et personne ne me trouve de raison à ces marques.

Accident du travail et maladie professionnelle

Une enquête de la CPAM en reconnaissance d'accident du travail a fait ressortir un faux témoignage de l'employeur. Cette déclaration auprès d'un enquêteur assermenté et agréé CPAM et sur le site questionnaire risques pro a fortement pesé dans la décision finale en ma défaveur. Je vais déposer une requête en contestation au Tribunal judiciaire en m'appuyant sur un enregistrement des faits (violence psychologique, début de harcèlement verbal, rabaissement...) pour démontrer le délit et invalider le témoignage de l'enquête. Comment dois-je procéder quant au formalisme ?

Discrimination et refus de soins

Suite à un refus de soins discriminatoire pour motif financier de la part de son rhumatologue, j'ai accompagné ma mère mardi dernier au conseil départemental de l'Ordre des médecins pour une réunion de conciliation. Celle-ci est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire. Selon moi, a posteriori, la réunion s'est très mal passée, le médecin lui dit au 2 tiers de la réunion «vous saviez pourtant que j'étais conventionnée en secteur 2 au mois de juin dernier» sans que personne ne trouve rien à redire ... (les dépassements d'honoraires sont tout simplement interdits pour les CSS !) Et pas mal d'autres choses : par exemple le représentant de la CPAM en début de réunion «les gens ne se rendent pas compte des dépenses de santé» plutôt surréaliste. J'ai constaté le lendemain que l'objectif d'apaisement de ce genre de réunion était raté, et avait même eu l'effet inverse. Dans les faits un procès-verbal de conciliation a été signé, j'aurais voulu vous demander conseil, en particulier sur le fait de savoir si cela peut être bloquant pour demander une poursuite des procédures ?

Représentation des usagers

Le règlement intérieur de notre Commission des usagers (CDU) doit être modifié et la direction de l'hôpital veut supprimer l'article 1 qui précise que les courriers de plainte et réclamation sont consultables par tous les membres de la CDU. Déjà depuis l'arrivée du nouveau directeur nous ne travaillons que sur un résumé des courriers plaignants. Les RU se sont opposés à cette modification et ont demandé le report de la décision. Il nous faut trouver des arguments pour étayer notre démarche

Rupture du contrat de travail

J'ai été licenciée pour inaptitude. Ce licenciement a donné lieu à un procès en Cour d'Appel prononçant le licenciement nul pour cause de harcèlement discriminatoire, deux ans plus tard. Après 5 ans de procédure, mon burn-out a été reconnu en maladie professionnelle par décision du Tribunal, ce qui permet, sauf erreur ou incompréhension de ma part, le doublement des indemnités de licenciement. Cette décision étant postérieure à la décision de la Cour d'Appel pouvez-vous s'il vous plaît m'indiquer si j'ai toujours le droit au doublement de cette indemnité et comment la récupérer ?

Prestation de compensation du handicap

Je suis handicapée. Je vous appelle au sujet de la PCH pour les volets aide humaine et aide technique. Je n'avais encore jamais fait de demande de PCH aide humaine mais ma santé s'est dégradée. J'ai reçu de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) un plan personnalisé du handicap. Ils ont retenu 49 heures d'aide. Je pense qu'ils ont sous-évalué mes besoins mais je suis fatiguée. Comme j'ai aussi de l'aide familiale, c'est difficile d'évaluer. Si j'accepte maintenant, c'est possible de réévaluer ensuite une fois lorsque la personne interviendra ? Je suis une fonctionnaire en longue maladie. Lorsqu'on est en invalidité, on peut avoir la majoration tierce personne. Je ne comprends pas le lien avec la PCH.

L'INTERVIEW

« IL EST TRÈS
IMPORTANT DE
CONSERVER
**UN VRAI ÉCHANGE
HUMAIN** »

« Il est très important de conserver un vrai échange humain »



Quelles ont été les grandes tendances de 2024 ? Entre sollicitations à la hausse et inquiétude patente des usagers, **Stéphane Gobel**, coordinateur de la ligne Santé Info Droits, dresse le bilan d'une année à bien des égards exceptionnelle.



En 2024, la ligne d'informations juridiques et sociales de France Assos Santé a atteint un niveau jamais enregistré auparavant, avec 12 045 appels téléphoniques et courriels. Que vous inspire ce record ?

Stéphane Gobel - C'est une augmentation très significative de l'activité de Santé Info Droits, car quand on compare avec les années précédentes, le nombre de sollicitations restait relativement stable d'une année sur l'autre, oscillant entre 8 000 et 9 000 appels téléphoniques et courriels. Avec un cumul de plus de 12 000 demandes, l'année 2024 marque un tournant.

Pour autant, diriez-vous que ce bond vous surprend ?

S. G - Oui et non. Oui, parce que, comme je le disais, depuis sa création, la ligne n'a jamais connu de grands écarts ; non, car l'année 2023 avait déjà amorcé cette tendance, avec une augmentation notable de près de 2 000 appels téléphoniques et courriels par rapport à l'année précédente (10 499 versus 8 608 en 2022). En 2023, cette progression s'était portée davantage sur l'activité par courriels alors que, l'an passé, l'augmentation la plus importante a surtout concerné les appels. Quoi qu'il en soit,

l'activité globale de Santé Info Droits a connu une hausse de 40% en deux ans. Pour autant, quand on s'intéresse aux contenus des appels, cette tendance n'est peut-être pas aussi surprenante qu'on pourrait le supposer à la vue de ces chiffres.

C'est-à-dire ?

S. G - De plus en plus d'appelants nous contactent parce qu'ils rencontrent des difficultés à joindre leurs interlocuteurs « naturels ». C'est notamment le cas des assurés sociaux vis-à-vis des caisses primaires d'Assurance maladie ou des Caisses de retraite, la liste n'est malheureusement pas exhaustive. Souvent, ces personnes se tournent vers notre service faute d'avoir accès à une information claire ou à un contact direct avec les services concernés. Elles font face à des réponses trop générales, parfois stéréotypées, en tout cas mal adaptées à leurs besoins. Concrètement, nous constatons une évolution des demandes : les questions sont parfois moins juridiques et de plus en plus pratiques.

Rappelons d'ailleurs que les sites des services publics, ministère de la Santé compris, sont les premiers à faire la promotion de la ligne d'informations juridiques et sociales de France Assos Santé...



Dans les demandes formulées, on observe aussi que la problématique de la démographie médicale et, donc, de l'accès aux professionnels de santé, généralistes et spécialistes, se pose de plus en plus.



S. G - Effectivement, c'est aussi un des éléments qui contribuent à l'augmentation importante de l'activité de la ligne, qui est de plus en plus référencée sur les sites des services publics. Pour les équipes de Santé Info Droits, cette notoriété est une forme de reconnaissance du travail accompli et de la qualité du service rendu. L'augmentation de près de 30% des appels téléphoniques en une année est peut-être aussi le signe du retour en grâce du contact humain, car si sur le net l'information circule, c'est de manière générique, de moins en moins de façon personnalisée, la fiabilité de l'information n'étant pas toujours au rendez-vous d'ailleurs.

Rançon du succès : cette reconnaissance n'entraîne-t-elle pas un impact sur le bon fonctionnement du service ?

S. G - Moins les acteurs publics sont joignables, plus la ligne est sollicitée...et plus les usagers sont *de facto* confrontés à des difficultés d'accessibilité. Cela a pu se traduire par un allongement des délais de traitement des courriels, même si, évidemment, nous faisons notre maximum pour à la fois être accessible au téléphone et pouvoir répondre le plus rapidement possible à celles et ceux qui nous adressent des courriels.

Pour ce qui est du contenu des sollicitations, 2024 a chamboulé l'ordre « habituel », notamment par rapport aux demandes qui ont trait à l'accès et la prise en charge des soins...

S. G - En effet, ces questions ont augmenté de plus de 50% cette année et sont devenues le deuxième sujet évoqué par les appelants. C'est un marqueur fort de l'année 2024. Par exemple, les sollicitations concernant les participations forfaitaires et les franchises ont augmenté de plus de 500% l'an passé. Dans les demandes formulées, on observe aussi que la problématique de la démographie médicale et, donc, de l'accès aux professionnels de santé, généralistes et spécialistes, se pose de plus

en plus, tout comme celle de l'accès aux transports sanitaires. Par ailleurs, les demandes liées strictement aux droits des personnes malades - comme l'accès au dossier médical, à l'information ou au consentement - restent le premier motif de sollicitation. Elles prennent néanmoins une dimension de plus en plus pratique. La question de l'accès au dossier médical, par exemple, est de plus en plus souvent corrélée à des fermetures de cabinets médicaux.

En résumé, vous êtes confrontés à la « galère » des usagers...

S. G - C'est tout à fait ça ! Et dans ce contexte d'errance médicale, il n'est pas toujours facile pour nous de trouver des solutions pour répondre aux difficultés qui nous sont exposées, telles que celles liées à la coordination des soins. Dans le même temps, car c'est aussi la mission de la ligne, celle d'être un observatoire, si nous ne trouvons pas forcément toujours une résolution pratique à ces parcours de soins erratiques, on est aux premières loges pour constater et faire remonter les difficultés auxquelles les usagers doivent faire face.

Aux 3^e et 4^e places des sollicitations les plus fréquentes, on retrouve les sujets classiques, relatifs au droit du travail et aux indemnités journalières...

S. G - Oui, eu égard au climat général, qu'il s'agisse des débats publics ou de l'évolution des textes, avec des atteintes aux dispositifs de protection sociale, ces thématiques aussi peuvent générer une hausse

des sollicitations, en raison des conséquences bien concrètes, et parfois graves, pour les usagers. Par exemple, cette année, des modifications réglementaires ont entraîné une baisse mécanique du montant des indemnités journalières. Parallèlement, les évolutions concernant le contrôle des arrêts maladie par les employeurs ont créé une insécurité juridique en la matière. Les appels sont aussi l'expression d'une certaine colère de la part des usagers qui, confrontés à un discours ambiant culpabilisant et hostile, vivent dans leur quotidien les conséquences de ces politiques.

En écho à ces difficultés tout à fait réelles, le focus 2024 s'intéresse au sujet des facturations...

S. G - C'est un vaste sujet qui va des pratiques douteuses de certains établissements de santé aux dysfonctionnements administratifs pouvant entraîner des conséquences importantes en chaîne, comme le renoncement aux soins. Ce focus vise non seulement à mettre en évidence les mécanismes susceptibles de mettre les usagers en difficulté, mais aussi à leur donner la parole pour prendre la mesure de ce que cela implique pour eux-mêmes. L'inquiétude est réelle et palpable, face aux économies qui se font sur le dos des usagers et des personnes malades.

La ligne est ouverte à tous, usagers, représentants des usagers et associations. Parmi ces dernières, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) réoriente fréquemment les appelants vers Santé Info Droits. La santé mentale, l'autre point noir ?

S. G - Les pathologies en lien avec la santé mentale représentent entre 15 et 20% des sollicitations, ce qui n'est pas anodin. Si cela témoigne du fait que les associations concernées orientent beaucoup vers la ligne de France Assos Santé, ce chiffre est aussi l'expression de nombreuses difficultés, notamment autour de l'accès aux soins, encore et toujours, de questions liées au consentement aux soins psychia-



Les appels sont aussi l'expression d'une certaine colère de la part des usagers qui, confrontés à un discours ambiant culpabilisant et hostile, vivent dans leur quotidien les conséquences de ces politiques.



triques ou à la pénurie de certains médicaments. A travers ces appels, on entrevoit des situations extrêmement aigües, relatives tout particulièrement à l'errance médicale.

En 2024, l'actualité a aussi été marquée par le projet de loi sur la fin de vie dont l'examen a été repoussé à 2025, suite à la dissolution advenue en juin. Cela a-t-il provoqué un afflux de sollicitations ?

S. G - En 2024, les questions autour de la fin de vie ont augmenté de 90% ! Rappelons, si l'on se réfère au [baromètre 2025 des droits des personnes malades](#) publié en mars dernier par France Assos Santé, que les droits qui se rapportent à la fin de vie ne sont pas globalement les plus connus. Les demandes reçues ont porté à la fois sur les droits et sur leur mise en œuvre. On a clairement senti qu'il y a eu un intérêt fort et des attentes, qui d'ailleurs ont été déçues par le report de l'examen du projet de loi initial. Ce qui est sûr, c'est que tout sujet qui fait l'objet d'un débat public donne généralement lieu à un pic de demandes, pour peu qu'il modifie les textes réglementaires.

S'il fallait dégager un temps fort pour l'année 2024, quel serait-il ?

S. G - En 2024, ce qui a marqué l'équipe de Santé Info Droits, c'est sans doute qu'on ne s'est jamais senti à la fois, autant utiles que parfois démunis face aux difficultés des usagers, et au sentiment que ces situations auraient dû être prise en charge par des services publics clairement identifiés. Et si on veut se projeter dans une poignée d'années, les mêmes causes provoquant les mêmes effets, il est à craindre que les réponses soient de plus en plus stéréotypées, notamment avec le recours à l'Intelligence artificielle (IA), et paradoxalement déconnectées du vécu souvent complexe des patients. C'est pourquoi il est très important pour nous, écoutants, de conserver le caractère humain d'un vrai échange téléphonique.

L'échange est évidemment à privilégier dans les cas complexes, mais il existe aussi d'autres outils, à commencer par les fiches Santé Info Droits pratique, accessibles au grand public depuis notre site internet...

S. G - Les fiches pratiques sont précieuses pour une première approche, elles suffisent souvent quand on cherche une simple information générale.

Les appels que nous recevons permettent de mesurer le niveau de connaissance des appelants, d'identifier aussi les questions qui reviennent souvent afin de répondre aux mieux aux besoins des usagers en la matière. Et ces fiches sont actualisées, le plus régulièrement possible, pour rester en phase avec l'évolution de la législation. C'est d'ailleurs l'une des priorités de l'année en cours. C'est indispensable si on veut délivrer une information fiable.

En la matière, la place que pourrait prendre l'IA vous inquiète-t-elle ?

S. G - L'intelligence artificielle est appelée à faire partie de notre environnement. Au téléphone, des personnes qui y ont recours témoignent déjà de problèmes en termes de fiabilité, avec des erreurs dans les réponses apportées ou dans l'analyse de leur situation. Mais le plus cocasse, c'est que l'IA commence déjà aussi à orienter vers la ligne Santé Info Droits, en raison probablement de notre bon référencement, plaidant malgré elle à un retour en grâce de l'échange humain !

“

Le plus cocasse, c'est que l'IA commence déjà aussi à orienter vers la ligne Santé Info Droits, en raison probablement de notre bon référencement, plaidant malgré elle à un retour en grâce de l'échange humain !”

NOS REMERCIEMENTS
AUX **PARTENAIRES** DE SANTÉ INFO DROITS
EN 2024 :



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



10, Villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
www.france-assos-sante.org