France Assos Santé
La voix des usagers

OBSERVATOIRE
DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Sur les droits des malades

Rapport annuel 2017
de Santé Info Droits

Santé Info Droits
01 53 62 40 30
La ligne de France Assos Santé

Rapport 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

Achevé d'imprimer sur les presses **DB Print**.
Dépôt légal : septembre 2018 – Imprimé en France.

Conception et réalisation graphiques : **Chromatiques**, Paris – *www.chromatiques.fr*

France Assos Santé
La voix des usagers

OBSERVATOIRE
DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Sur les droits des malades

Rapport annuel 2017
de Santé Info Droits

Santé Info Droits
01 53 62 40 30
La ligne de France Assos Santé

SOMMAIRE

Édito ..... **p. 6**

Présentation et activité de Santé Info Droits ..... **p. 8**

Observation des problématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits .... **p. 10**

1. Les droits des malades dans leur recours au système de santé ..... **p. 13**

I.1. Usagers de médicaments et autres produits de santé : quel sort pour les victimes d'effets indésirables ? ..... p. 14

I.2. Usagers des établissements de santé : quels outils face aux facturations abusives ? ..... p. 17

I.3. Le rôle du représentant des usagers dans l'accompagnement de la plainte de l'usager auprès de la commission des usagers ..... p. 19

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé » 2017 ..... p. 20

2. Les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accident du travail ou d'invalidité ..... **p. 23**

II.1. La notion d'activité autorisée en cas d'arrêt maladie insérée dans le Code de la Sécurité sociale ..... p. 25

II.2. La situation des demandeurs d'emploi ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois ..... p. 25

II.3. Le temps partiel thérapeutique et la question de l'arrêt de travail préalable ..... p. 26

II.4. Les anciens apprentis devenant invalides ..... p. 26

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité en 2017 » ..... p. 27

3. Assurances et emprunts ..... **p. 29**

III.1. Les difficultés rencontrées au niveau des assurances ..... p. 31

III.2. Les difficultés rencontrées au niveau des banques ..... p. 34

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « assurances et emprunts » en 2017 : ..... p. 35

4. Santé et travail ..... p. 37

IV. 1. Congés payés et arrêts maladie : quelle articulation ? ..... p. 38

IV.2. Congés payés et temps partiel thérapeutique ..... p. 39

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et travail » en 2017 ..... p. 41

5. Accès et prise en charge des soins ..... p. 43

V.1. Tiers payant généralisé : un report synonyme de recul dans la lutte contre le renoncement aux soins ..... p. 44

V.2. Retour sur la réforme des contrats responsables en matière de complémentaire santé : enquête flash de Santé Info Droits 2017 ..... p. 45

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2017 ..... p. 49

6. Handicap et perte d'autonomie ..... p. 51

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Handicap et perte d'autonomie » en 2017 ..... p. 53

7. Autres thématiques de sollicitations ..... p. 55

Chômage et maladie ..... p. 56

Retraite, maladie et handicap ..... p. 56

Protection juridique des majeurs vulnérables ..... p. 57

Logement ..... p. 57

Autres thématiques diverses ..... p. 58

8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues ..... p. 59

Édito

Alain-Michel Ceretti,
Président de France Assos Santé

« Santé Info Droits », c'est une équipe de dix-huit personnes à votre service, prêtes à répondre à toute question que vous, usagers de santé, vous vous posez.

Des professionnels (juristes, avocats, travailleurs sociaux…) spécialement formés vous renseignent sur vos droits l'après-midi par téléphone, ou en posant votre question à toute heure via le site Internet de l'association.

Au total, chaque année, ce sont ainsi près de 10 000 citoyens qui bénéficient de ce service gratuit, confidentiel et ouvert à tous sans conditions d'adhésion.

Aucune histoire n'est semblable à une autre, aucune demande n'est exactement la même. Mais on retrouve parfois des situations similaires – par exemple, des dispositions prévues dans les textes de loi, et pourtant toujours par appliquées à ce jour. Et d'année en année certaines thématiques se font récurrentes, indiquant au passage l'ampleur du chemin qu'il reste à parcourir pour que France Assos Santé gagne le combat qui est le sien. À savoir : faire en sorte que, quels que soient ses revenus, son état de santé, son lieu de résidence ou autre, chaque usager du système de santé puisse bénéficier d'une information fiable et transparente d'une part, et d'un égal accès à des soins de qualité de l'autre.

« Quinze ans après le vote de la loi Kouchner, une partie des droits des personnes malades sont encore à affermir, sinon à conquérir. »

Certes, les enjeux financiers ne sont pas anodins : les questions d'accès à l'emprunt ou aux assurances rassemblent 13,2% des appels, à peu près autant que les questions relatives aux revenus de remplacement (arrêts de travail, invalidité). Mais le premier motif d'appels, et de loin (35% du total), concerne les droits des personnes malades dans leurs recours au système de santé. Preuve que, quinze ans après le vote de la loi Kouchner, une partie de ces droits sont encore à affermir, sinon à conquérir.

Plus inquiétant encore, l'année 2017 a été marquée par très nombreuses questions sur la survenue d'un « accident médical », terme qui regroupe en particulier les demandes de personnes s'estimant victimes d'effets secondaires plus ou moins importants. Après le scandale du Médiator, après celui des prothèses PIP défectueuses, l'affaire de la Dépakine qui a éclaté l'année dernière montre

une nouvelle fois, s'il en était besoin, que les malades sont aujourd'hui encore trop souvent les derniers informés… Comme si personne dans notre pays ne jugeait bon d'avertir celles et ceux qui sont les premiers concernés, les premières victimes potentielles. Le laboratoire ? Muet. Les pouvoirs publics ? Inaudibles. Les médecins prescripteurs ? Aux abonnés absents. Les pharmaciens fournisseurs ? Idem. Dans ces conditions, il est à craindre que ce scandale soit aussi long à réparer que celui du Médiator…

> *L'affaire de la Dépakine montre que les malades sont aujourd'hui encore trop souvent les derniers informés.*

Il est un autre point sur lequel je souhaiterais insister, tant il est emblématique des carences, parfois, des responsables de la santé publique en France. Je fais bien entendu référence au changement de formule du Lévothyrox, ce médicament contre les dysfonctionnements de la thyroïde utilisé par des centaines de milliers, voire des millions de personnes en France. Et voilà qu'un jour, les pouvoirs publics demandent au laboratoire quelques modifications de formules censées améliorer la stabilité du produit. Indolores pour certain(e)s, ces modifications ont en revanche impacté le quotidien de dizaines de milliers d'autres. Mais impossible pour elles d'identifier l'origine de ces symptômes invalidants. Et pour cause : personne n'avait pris la précaution de les en informer !

Résultat : alors que les premiers signes remontaient sur les réseaux sociaux, alors que les associations de patients les relayaient avec force, tous les autres acteurs - pouvoirs publics, médecins et fabriquant - ont préféré nier la réalité. Invoquant je ne sais quel effet « nocebo ». Et renforçant au passage la méfiance de nos concitoyens, déjà attisée par la décision d'extension vaccinale prise par le gouvernement.

Cela ne doit pas, ne doit plus se reproduire. « Toute personne a le droit d'être informée (…) sur les traitements qui sont proposés, leur utilité, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ». C'est le Code de la Santé publique qui le dit. France Assos Santé entend bien veiller à ce qu'il soit respecté.

Présentation et activité de Santé Info Droits

Santé Info Droits est un service d'information et d'orientation à caractère juridique et social pour toute question liée à la santé émanant des personnes malades ou en situation de handicap ainsi que de leur entourage, mais également des représentants d'usagers, des intervenants associatifs, des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé.

Ce service est déployé par France Assos Santé afin de promouvoir l'information, le respect et l'amélioration des droits des usagers du système de santé et des assurés sociaux.

Cette action d'information et de facilitation de la mise en œuvre des droits des malades se décline grâce à deux outils complémentaires :

- Un service téléphonique accessible tous les après-midis : les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 18h, et les mardi et jeudi, de 14h à 20h. La ligne peut être contactée au 01.53.62.40.30 au prix d'une communication normale.

- Un service par courriel grâce auquel les internautes peuvent bénéficier d'une réponse à leurs interrogations dans un délai de 8 jours via les sites Internet de France Assos Santé : **http://www.france-assos-sante.org** et **www.66millionsdimpatients.org**

Santé Info Droits est un service confidentiel, gratuit, ouvert à tous, sans conditions d'adhésion.

L'équipe d'écoutants est composée de professionnels juristes, avocats ou travailleurs sociaux. Ceux-ci interviennent à temps partiel, 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 à l'écoute ainsi que des formations thématiques sur des sujets juridiques rencontrés sur la ligne.

Des réunions d'équipe régulières offrent des moments de partage et d'échanges d'expériences et de pratiques.

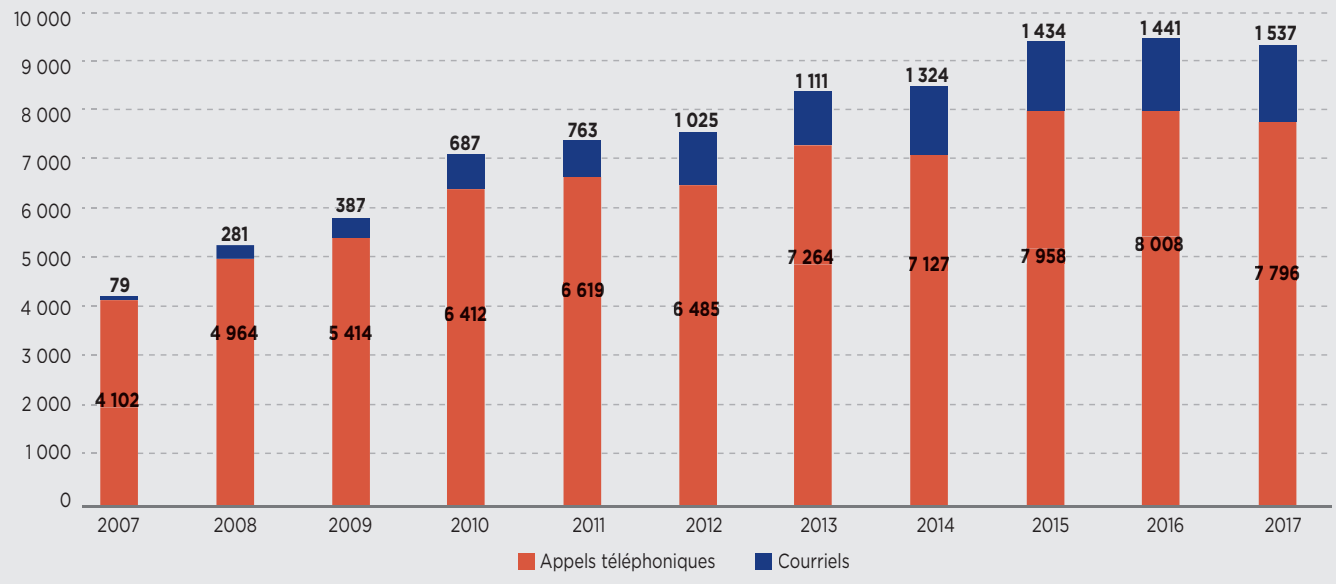
En 2017, **l'équipe de Santé Info Droits** a compris 15 écoutants qui sont intervenus dans le cadre des permanences du dispositif :

- **Ludovic BEAUNE**
- **Emilie CHANDLER**
- **Carine DURIEU-DIEBOLT**
- **Caroline GHERON**
- **Morgane GUEGUEN**
- **Charlotte HODEZ**
- **Anne-Laure JOYEUX**
- **Camille MAGDELAINE**
- **Besma MAGHREBI-MANSOURI**
- **Quentin MAMERI**
- **Sébastien MERIAU**
- **Patrick MONY**
- **Sidonie ROUFIAT**
- **Anne SOULELIAC**
- **Marine THISSE**

Stéphane GOBEL, coordinateur de Santé Info Droits, Florence NAVATTONI, coordinatrice ajointe, et Tanguy NGAFAOU-NAIN-TABISSI, écoutant-référent, assurent par ailleurs l'animation de la ligne.

Avec 9333 sollicitations traités en 2017, se décomposant de 7 796 entretiens téléphoniques et 1 537 courriels, l'activité de Santé Info Droits s'est caractérisée par sa stabilité au regard de l'année précédente :

Activité de Santé Info Droits



En parallèle de la délivrance d'une information individualisée, les intervenants de Santé Info Droits recueillent les données permettant de caractériser la nature des difficultés évoquées par l'appelant.

C'est ce travail de collecte qui nous permet d'alimenter l'Observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades portant ainsi la voix des usagers grâce aux témoignages et à l'analyse des obstacles et problèmes auxquels ils sont confrontés.

Les annexes de ce rapport sont consacrées à des éléments statistiques complémentaires relatifs à l'activité de la ligne et du service de réponse par courriel, notamment ceux liés au mode de connaissance et d'utilisation de Santé Info Droits, au profil des appelants, leur appréciation du dispositif de réponse et de son accessibilité.

Observation des problématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits

Singularité des parcours et diversité des difficultés évoquées, tels pourraient les maîtres mots au moment de faire le bilan d'une année d'échanges avec les utilisateurs de Santé Info Droits.

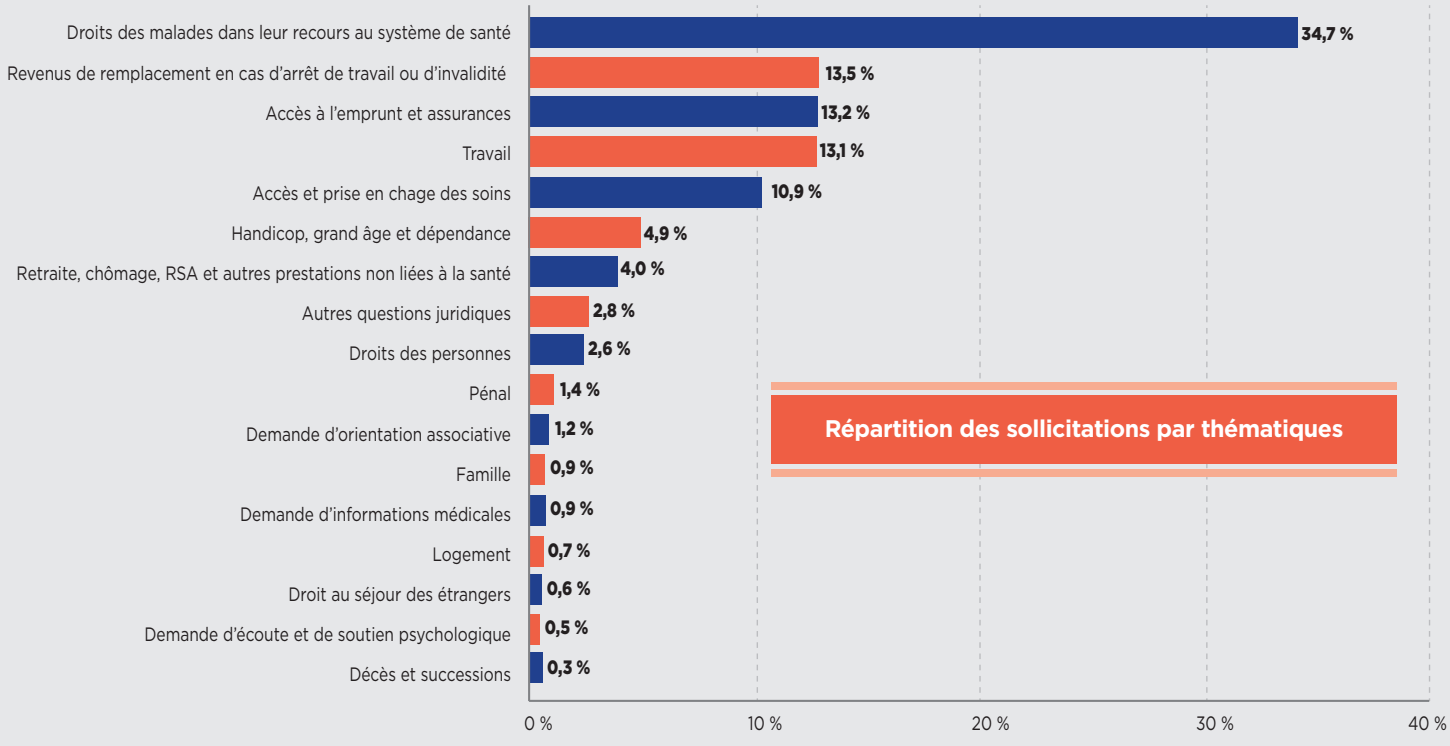
Pour s'en convaincre, il suffit de s'attacher aux nombres de sollicitations concernant **les 12 sujets les plus souvent évoqués :**

1	**Accident médical**	1134
2	**Accès au dossier médical**	887
3	**AERAS et accès à l'assurance**	839
4	**Modalités et niveau de prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie**	610
5	**Pension d'invalidité de la Sécurité sociale**	589
6	**Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale**	559
7	**Consentement et soins sous contrainte**	365
8	**Arrêt maladie et droit du travail**	325
9	**Temps partiel thérapeutique et droit du travail**	261
10	**Rupture du contrat de travail**	214
11	**Accident du travail / maladie professionnelle et droit du travail**	211
12	**Accès au régime obligatoire de l'assurance maladie et à l'AME**	204

Cette somme d'histoires individuelles, de questionnements, de découragements ou de colères ne peut que renforcer notre conviction quant à la nécessité d'une meilleure prise en compte collective des réalités vécues par les personnes malades et leur entourage.

Mise en évidence de règles légales ou règlementaires non appliquées, inadéquation des textes en vigueur ou jurisprudences aux conséquences critiquables, ce rapport a pour ambition d'explorer les différents terrains sur lesquels doivent s'exprimer de nécessaires transformations.

D'un point de vue quantitatif, les préoccupations des usagers se structurent autour de grandes thématiques où figurent naturellement en bonne place les droits des malades dans leurs recours au système de santé qui représentent plus d'un tiers des échanges mais également nombre d'interrogations relatives à l'assurance et son accès, la protection sociale en cas de maladie ou d'invalidité, de droit du travail ou encore en matière de handicap :



Cette répartition globale des appels peut prendre des colorations très différentes selon les pathologies ou situations évoquées par les personnes nous sollicitant.

Dans 64% des échanges, la pathologie des usagers de Santé Info Droits est identifiée.

Dans le **tableau suivant**, figurent ainsi pour chaque type de pathologie :

• en bleu, les thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations ;

• et, a contrario, en ocre, les sujets sous-représentés par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations.

	Droits des usagers dans leur recours au système de santé	Revenus de remplacement (en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité)	Assurance et emprunt	Travail	Accès et prise en charge des soins (prestations en nature)	Handicap, grand âge et dépendance	Retraite, Chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	Droits des personnes	Droit au séjour des étrangers
ENSEMBLE DES APPELS	**34,7%**	**13,5%**	**13,2%**	**13,1%**	**10,9%**	**4,9%**	**4,0%**	**2,6%**	**0,6%**
Addictions	59,4%	0,0%	6,3%	3,1%	12,5%	6,3%	3,1%	18,8%	0,0%
Affection iatrogène	91,7%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Age et dépendance	48,7%	0,0%	1,3%	0,6%	15,8%	22,2%	1,9%	6,3%	0,0%
Alzheimer	53,2%	0,0%	1,6%	0,0%	11,3%	9,7%	1,6%	17,7%	0,0%
Accident vasculaire cérébral	45,8%	5,2%	19,8%	5,2%	13,5%	4,2%	3,1%	6,3%	0,0%
Burn-out	6,3%	33,8%	12,5%	50,0%	2,5%	1,3%	6,3%	0,0%	0,0%
Cancer / Tumeurs	22,8%	12,7%	34,9%	10,9%	13,6%	3,5%	2,0%	0,6%	1,4%
Déficience auditive et surdité	47,9%	6,3%	4,2%	14,6%	12,5%	8,3%	4,2%	2,1%	2,1%
Déficience visuelle et cécité	40,6%	6,3%	5,6%	8,4%	29,4%	7,7%	0,7%	0,7%	0,0%
Dentaire	71,7%	0,0%	1,3%	0,3%	23,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Dépression	14,3%	31,6%	10,8%	34,2%	7,4%	3,9%	6,1%	2,2%	0,0%
Diabète	25,0%	8,0%	26,1%	3,4%	19,3%	6,8%	3,4%	4,5%	1,1%
Epilepsie	15,6%	0,0%	21,9%	15,6%	6,3%	25,0%	6,3%	3,1%	0,0%
Fibromyalgie	2,8%	31,5%	9,9%	23,9%	15,5%	21,1%	5,6%	0,0%	1,4%
Greffes	9,1%	4,5%	63,6%	4,5%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
Grossesse et accouchement	46,2%	17,7%	4,6%	7,7%	22,3%	0,0%	4,6%	0,0%	0,8%
Handicap fonctionnel	28,4%	7,1%	11,0%	11,6%	10,3%	25,2%	3,2%	3,2%	0,6%
Hémophilie	7,7%	7,7%	30,8%	23,1%	23,1%	15,4%	0,0%	0,0%	7,7%
Hépatite C	22,7%	2,3%	50,0%	11,4%	6,8%	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Infections nosocomiales	97,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	35,8%	5,7%	24,5%	7,5%	13,2%	7,5%	3,8%	0,0%	1,9%
Lupus	6,7%	13,3%	20,0%	20,0%	13,3%	20,0%	0,0%	0,0%	6,7%
Maladies de Crohn	21,6%	13,5%	16,2%	24,3%	10,8%	8,1%	8,1%	0,0%	0,0%
Mucoviscidose	7,1%	42,9%	28,6%	7,1%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Myopathie	8,7%	4,3%	52,2%	0,0%	13,0%	17,4%	0,0%	0,0%	8,7%
Obésité	41,2%	0,0%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
Maladie de Parkinson	9,8%	20,7%	12,2%	12,2%	8,5%	17,1%	12,2%	12,2%	0,0%
Sclérose en plaques	15,5%	17,4%	28,4%	22,6%	3,9%	10,3%	2,6%	3,2%	1,3%
Schizophrénie	44,0%	1,0%	2,0%	2,0%	2,0%	5,0%	0,0%	21,0%	0,0%
Spondylartrite	7,9%	18,4%	28,9%	28,9%	5,3%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles bipolaires	38,3%	4,3%	13,0%	12,2%	1,7%	5,2%	0,0%	9,6%	0,9%
Troubles musculo-squelettiques	37,2%	23,3%	9,3%	20,9%	7,0%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%
V.I.H.	7,9%	3,9%	48,9%	10,1%	10,1%	7,3%	1,7%	5,1%	1,1%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	60,9%	5,7%	8,0%	2,3%	11,5%	3,4%	1,1%	1,1%	0,0%
Maladies de l'appareil génito urinaire	77,4%	7,1%	7,1%	2,4%	3,6%	2,4%	0,0%	1,2%	0,0%
Maladies des artères, veines	63,6%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
Maladies auto-immunes	15,0%	25,0%	40,0%	10,0%	5,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies cardio-pulmonaires	43,9%	6,4%	25,7%	9,1%	10,7%	3,7%	2,7%	0,5%	0,0%
Maladies endocrinienne , nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	50,6%	2,4%	25,9%	2,4%	8,2%	2,4%	0,0%	1,2%	0,0%
Maladies de peau	61,3%	0,0%	0,0%	3,2%	25,8%	0,0%	0,0%	6,5%	3,2%
Maladies rares	21,3%	12,3%	23,9%	12,9%	15,5%	10,3%	3,2%	1,3%	0,6%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	31,8%	13,6%	27,3%	9,1%	18,2%	4,5%	0,0%	0,0%	4,5%
Maladies du système nerveux (autres que celles indentifiées par ailleurs)	40,3%	17,7%	14,5%	12,9%	3,2%	11,3%	1,6%	4,8%	0,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	37,6%	24,2%	4,4%	25,6%	10,4%	2,4%	3,1%	0,0%	0,4%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	56,8%	10,8%	5,4%	8,1%	5,4%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	56,3%	4,2%	3,7%	3,9%	5,4%	4,0%	0,7%	13,0%	0,0%
Décès cause non identifiée	90,0%	1,3%	1,3%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%

Comme ces données l'indiquent, les thématiques des problématiques exprimées par les utilisateurs de Santé Info Droits sont donc substantiellement différentes selon la pathologie les affectant.

Les douze premières pathologies ou situations identifiées parmi les usagers de Santé Info Droits sont les suivantes :

1. Cancer / Tumeurs
2. Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)
3. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)
4. Dentaire
5. Dépression
6. Fibromyalgie
7. Maladies cardio-pulmonaires
8. V.I.H.
9. Sclérose en plaques
10. Maladies rares
11. Handicap fonctionnel
12. Age et dépendance

En annexe 2.6, retrouvez l'ensemble des données relatives à la répartition des sollicitations pour lesquelles la situation médicale de la personne concernée est identifiée.

En jetant un coup d'œil dans le rétroviseur sur l'année précédente, l'idée de stabilité prédomine quand on examine les évolutions par thématique.

Handicap, grand âge et dépendance	11,6 %
Travail	11,5 %
Droits des malades dans leur recours au système de santé	0,3 %
Famille	0,0 %
Logement	0,0 %
Revenus de remps d'arrêt de travail ou d'invalidité	- 1,3 %
Ensemble des sollicitations	- 1,5 %
Droit au séjour des étrangers	- 1,9 %
Pénal	- 2,2 %
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	- 4,4 %
Accès à l'emprunt et assurances	- 4,6 %
Droit des personnes	- 9,5 %
Accès et prise en charge des soins	- 0,2 %

En effet, l'examen des évolutions par grande thématique traduit peu d'écarts et s'avère peu propice à l'interprétation de données quantitatives.

Une année d'échanges riches de ces presque 10 000 sollicitations ne saurait être restituée dans leur intégralité sans redondances avec les rapports d'observation précédents. Des choix, liés à la récurrence de certaines situations, leur acuité ou l'actualité ont donc dû être opérés tout en gardant l'ambition de rester fidèle à la parole de toutes les personnes venues à nous.

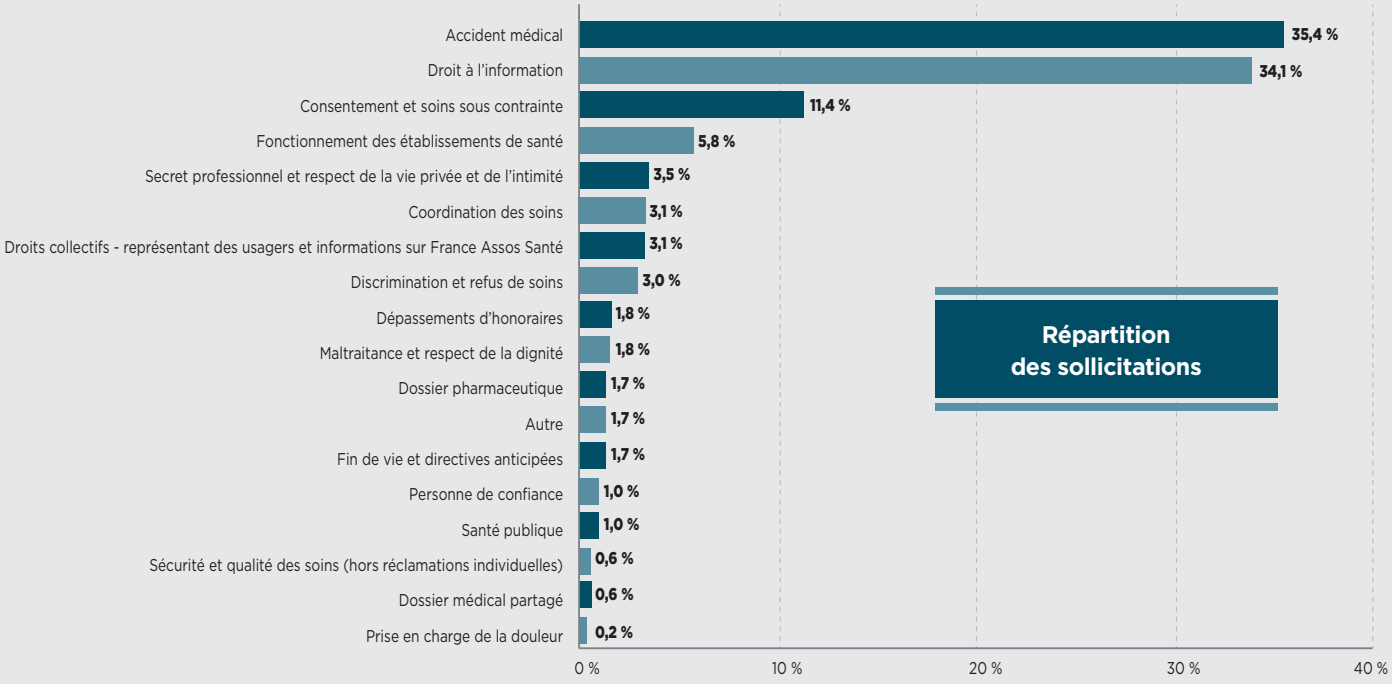
Ce rapport intègre également les résultats de notre enquête flash annuelle, administrée en 2017 auprès de 182 usagers du 5 au 21 novembre et consacrée aux complémentaires santé.

1. Les droits des malades dans leur recours au système de santé

Un usager est une personne qui a recours à un service public, qu'il soit mis en œuvre par un organisme public ou privé.

La santé des usagers est un bien constitutionnellement protégé qui nécessite la participation de nombreux acteurs (institutions publiques, professionnels médicaux et paramédicaux, établissements de soins, prestataires de santé, associations d'usagers). Le recours de l'usager à ces acteurs du système de santé révèle de nombreux enjeux juridiques personnels et collectifs que France Assos Santé tente de faire émerger, notamment par le biais de Santé Info Droits.

Parmi les 3 236 sollicitations reçues en 2017 sur notre service d'informations juridiques et sociales, en matière de droits des usagers du système de santé, on retrouve aussi bien des demandes d'informations que des situations litigieuses portant sur des problématiques diverses (cf. graphique page suivante)



I.1. Usagers de médicaments et autres produits de santé : quel sort pour les victimes d'effets indésirables ?

Parmi les nombreuses questions relevant de la catégorie « Accident médical », première thématique abordée par les appelants et internautes, toutes thématiques confondues, une problématique particulière se fait jour de manière accrue, celle des personnes s'estimant victimes d'effets secondaires plus ou moins importants.

Comme un écho à une actualité très riche sur le sujet en 2017 : Lévothyrox, Dépakine, extension de l'obligation vaccinale sont venus s'inviter dans le débat public et rejoindre les affaires du Médiator, des prothèses P.I.P.

Las des scandales à répétition mettant en cause des médicaments, les patients représentés par les associations réclament des garanties en matière d'information, de sécurité, mais aussi de prise en charge financière des dommages causés par ces produits de santé…

Des garanties en termes d'informations

Que nous dit la loi ?

*« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, **traitements** ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, **leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent** ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. […]*
Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.
***Cette information incombe à tout professionnel de santé** dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.*
Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »
> Article L1111-2 du Code de la Santé publique

Nombre de nos sollicitations dénoncent pourtant un défaut d'information :

> *J'ai de très nombreux problèmes de santé, et je suis persuadé que certains sont dus aux effets secondaires de médicaments qui m'ont été prescrits. Si j'avais été bien informé des risques, je n'aurais pas été d'accord pour prendre tous les traitements qui m'ont été donnés. Je souhaite engager une procédure. Comment faire ?*

En ce sens, l'affaire du Lévothyrox en est le symptôme. Elle apparait comme le symbole d'une carence en matière d'information des usagers, carence dont sont responsables aussi bien le laboratoire producteur que les autorités sanitaires françaises et les médecins prescripteurs, voire les pharmaciens.

Rappelons les faits : la formule du Lévothyrox a fait l'objet de légères modifications en vue d'améliorer sa stabilité, à la demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament. Mais pour les personnes atteintes de ces dysfonctionnements thyroïdiens, de tels changements ne sont pas anodins. S'ils ont été indolores pour certaines, d'autres ont ressentis de nombreux symptômes invalidants sans être en mesure d'en identifier la raison puisqu'on n'avait pas pris la peine de les informer du changement de formule.

Alors qu'un ajustement de dosage par leur médecin aurait suffi à résoudre les difficultés, les patients luttaient individuellement contre ces effets indésirables, graves pour certains :

> *Je souhaite porter plainte pour le scandale du Lévothyrox. J'ai été prise de malaise lors d'un voyage aux Etats-Unis et j'ai dû être hospitalisée, à cause d'un mauvais dosage. Ça m'a couté 4 000€. J'ai pris un crédit pour payer. Que dois-je faire ?*

> *Je ne comprends pas comment on a pu changer la formule du médicament sans prévenir les médecins et les patients.*

> *Je ne veux pas que les labos puissent continuer à faire ce genre de choses.*

> *Suite à changement de médoc, j'ai un œdème à l'œil et je suis suivie chaque mois à l'hôpital.*

> *Depuis a peut près de la mi-avril que je prends le Levothyrox Nouvelle formule. J'ai des maux d'estomac, des picotements aux yeux est vision floue, perte de cheveux, je suis allongé toute la journée à cause des vertiges. Je veux reprendre l'ancien Levothyrox que je prenais depuis mon ablation de la thyroïde en 2008.*

La parole des patients est restée inaudible de leur médecin, et ce pendant des mois. Il a fallu que l'affaire soit révélée par les associations pour qu'ils comprennent enfin l'origine de leurs maux.

De cette affaire révélatrice d'un défaut d'attention apportée à l'information et à l'expression des usagers, doivent impérativement être tirés des enseignements.

Des garanties en matière de sécurité

Parce que les produits de santé ne sont pas des produits comme les autres, tous les acteurs du système de santé ont individuellement une responsabilité forte :

• à commencer par les fabricants :

> *J'ai été opérée d'une prothèse de hanche il y a six mois et la prothèse s'est cassée trois mois après. J'ai été réopérée depuis avec un arrêt de travail conséquent. Je n'ai pas payé les frais de la seconde intervention. L'hôpital me demande de leur fournir un courrier les autorisant à envoyer la prothèse défectueuse au laboratoire fabricant pour expertise. Je me demande comment faire, si je dois le faire et comment savoir ce qui s'est passé ?*

> *Suite à un double cancer du sein je me suis fait poser des prothèses. Elles se sont rompues. Il m'a fallu aller voir un tas de médecins car j'avais extrêmement mal mais personne ne me croyait. J'ai finalement réussi à me faire prescrire une IRM qui a constaté la rupture. Je me suis donc fait enlever les prothèses et maintenant je suis défigurée. J'ai contacté l'assurance du laboratoire qui pour l'expertise a mandaté un chirurgien esthétique qui travaille avec eux (il y avait des prospectus du labo partout dans sa salle d'attente) et puis pendant l'expertise, j'ai eu l'impression que c'était moi qui avait fait une erreur. L'hôpital ne s'est même pas fait représenter et le labo dit que c'est de sa faute à lui. Ce qui est sûr, c'est qu'il y a bien un responsable. Moi je veux être indemnisée.*

• Puis, en continuant, par les autorités sanitaires nationales dont le rôle est d'autoriser la mise sur le marché français de ces produits.

C'est dans ce contexte de défaillance en matière de vigilance sanitaire que l'Etat a été condamné en octobre 2017 à indemniser des victimes du Médiator pour avoir trop tardé à retirer du marché le médicament.

• Et enfin, celle des médecins prescripteurs, et, en bout de chaîne, des pharmaciens, fournisseurs de médicaments :

> *Ma grand-mère a été victime d'un surdosage de médicaments et je voudrais obtenir la copie de son dossier médical pour envisager les suites à donner.*

> *Je vous appelle pour un usager qui est sorti de l'hôpital avec la mauvaise ordonnance que le pharmacien n'a pas vérifiée. Avec le mauvais traitement, depuis 15 jours, il est un légume. Faut-il porter plainte devant le Conseil de l'ordre ?*

> *Mon fils est décédé du fait d'une interaction entre des médicaments qui lui ont été prescrits et bien qu'il ait un dossier pharmaceutique, aucune pharmacie ne l'a mis en garde au moment où il venait chercher ses médicaments. Nous avons pris un avocat pour porter plainte contre x mais il nous faut récupérer le dossier pharmaceutique.*

Des garanties en matière d'indemnisation des dommages issus de ces produits de santé

Si l'on part du principe que les produits de santé, quels que soient leur forme, correspondent à des biens favorables à la santé de la majorité de la population, en toute transparence, il faudrait aussi admettre qu'ils présentent des risques pour certains usagers. Les médicaments présentent des effets indésirables, ils sont même précisément listés dans la notice d'utilisation.

Cependant, l'indemnisation des victimes du médicament est une problématique juridique extrêmement complexe en raison de l'application de textes européens inadaptés car ne prenant pas en considération les spécificités du médicament et imposant des délais d'action trop courts. Ainsi, nombre de victimes se retrouvent sans possibilité de voir réparer leur préjudice.

C'est le cas par exemple des victimes de vaccination :

> *Je voudrais savoir si c'est le droit communautaire ou le droit national qui prévaut. J'ai un litige en cours devant le tribunal par rapport à ma sclérose en plaques et le vaccin contre l'hépatite B et le jugement va intervenir dans 10 jours. Mon avocat dit que ce n'est pas prescrit et l'avocat du laboratoire dit que ça l'est. Pourriez-vous me dire ce qu'il en est ?*

> *J'ai été infirmière. Dans ce cadre, j'ai dû me faire vacciner contre l'hépatite B. C'était au début des années 80. Je pense que suite à ces vaccins obligatoires, j'ai développé dès février 1989 une sclérose en plaques. Cela a détruit ma vie. Aujourd'hui, je souhaiterais faire des démarches pour obtenir réparation.*

Les victimes de vaccinations obligatoires, comme les professionnels de santé vaccinés contre l'hépatite B, bénéficient d'une voie indemnitaire facilitée en saisissant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, mais les autres…

> *Je suis victime d'effets indésirables du vaccin H1N1. J'ai porté plainte au pénal mais l'affaire a été classée sans suite. Je voudrais trouver un avocat spécialisé en droit de la santé.*

> *Mon fils a développé une maladie rare à la suite d'une vaccination. On n'a pas obtenu gain de cause devant la Commission de conciliation et d'indemnisation, on veut saisir le tribunal mais les frais d'avocats sont élevés. Comment avoir une aide pour les financer et comment obtenir une nouvelle expertise ?*

> *Mon fils a été vacciné par Méningite en 2014 avec un lot retiré du marché par la suite. Il n'a présenté à ce jour aucun symptôme, dois-je tout de même effectuer des démarches auprès d'organisme au cas où des symptômes apparaitraient dans le futur ?*

Sur ce sujet, quand il s'est agi de débattre de l'extension de l'obligation vaccinale, France Assos Santé a eu l'occasion d'exprimer une position affirmée :

Comme dans toute stratégie de santé, des aléas peuvent survenir. Il faut pouvoir en tenir compte. Il serait inéquitable de laisser aux personnes concernées le poids d'un fardeau personnel généré par une politique de santé publique au nom de l'intérêt collectif. Concernant les risques, informer n'est pas suffisant, il convient également de prévoir une indemnisation des préjudices, lorsqu'il existe un faisceau d'éléments précis et concordants permettant de lier un ou plusieurs évènements indésirables à l'injection d'un ou plusieurs vaccins.

Les discussions doivent pouvoir s'ouvrir avec les protagonistes concernés sur des modalités d'indemnisation simplifiées pas uniquement pour les victimes de vaccination mais toutes les victimes isolées ou pas, de tous produits de santé :

> *J'ai été traité pendant 10 ans pour la maladie de Parkinson et j'ai été victime de tous les effets secondaires du médicament notamment l'addiction au jeu et les achats compulsifs.*

> *Ma petite fille est autiste, ce qui est probablement en lien avec la prise de Dépakine par sa mère pendant la grossesse. Comment peut-elle être indemnisée ?*

L'APESAC (Association d'aide aux parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant) a intenté, en 2017, la première action de groupe contre les laboratoires produisant la Dépakine et autres médicaments à base de valproate de sodium.

Sans connaître encore l'efficacité de cette procédure collective créée par la loi santé de 2016 qui ne concerne que les victimes de dommages sériels ou de masse, on peut déjà constater que les voies de recours actuelles (Commission de conciliation et d'indemnisation et tribunaux) sont inadaptées. Il faut donc envisager d'autres solutions indemnitaires comme une modification du droit communautaire ou la création d'un fonds d'indemnisation.

Créer un fonds d'indemnisation «produits de santé» spécifique permettrait une prise en charge des préjudices des victimes lorsque la responsabilité d'un producteur d'un produit de santé à l'origine d'un dommage ne peut pas être engagée (absence de faute, produit non défectueux, exonération par le risque de développement, prescription de l'action), mais que le lien entre le traitement ou le dispositif médical et ce dommage est acquis.

I.2. Usagers des établissements de santé : quels outils face aux facturations abusives ?

Les frais d'hospitalisation des assurés sociaux sont pris en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 80% du tarif fixé par la Sécurité sociale.

Restent alors à la charge de la personne malade ou de sa complémentaire santé, si elle en bénéficie, les 20% du ticket modérateur, le forfait hospitalier augmenté de 2€ par jour, à la toute fin de l'année 2017, les éventuels dépassements d'honoraires réclamés par les médecins en exercice libéral, et enfin, ce qui fait l'objet de notre particulière attention cette année, les chambres particulières et les forfaits démarches administratives, ambulatoires.

> *J'ai été hospitalisée dans une clinique privée d'un grand groupe. Ils m'ont demandé un chèque de caution de 850€ (350 pour les dépassements d'honoraires du médecin et 500 pour je ne sais pas quoi..., soit disant pour la chambre particulière mais ça fait chère la chambre particulière pour une journée en ambulatoire, non ?)*
>
> *Alors même que je leur avais fourni Carte Vitale + carte mutuelle avec la mutuelle qui prenait tout en charge...*
>
> *Et vous vous souvenez de cette histoire de forfait démarches administratives de 9€. Et bien, ils noient le poisson maintenant. Ils font payer 20€ de «forfait parcours jour» en ambulatoire qui inclut le buffet à volonté (auparavant à 11€) et les frais de gestion... Malins ! Je voulais vous le signaler quand même car en tant que représentant des usagers, j'avais suivi cette histoire de forfait démarches administratives. Avant, je rayais la mention et je ne payais pas mais maintenant que c'est mélangé à d'autres prestations...*

Si la question de facturation dans les établissements de santé a fait l'objet d'une très forte augmentation entre 2016 et 2017, c'est surtout parce que les sollicitations portant sur les chambres particulières ont fait un bond de plus de 25%.

Si on ne peut aller jusqu'à conclure que ce type de facturation augmente dans de telles proportions, il semble des plus pertinents de faire un point sur la réglementation en vigueur, de sorte que les usagers soient le moins démunis possibles face à des facturations contestables.

L'instruction N°DGOS/R1/2015/36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé est fortement éclairante en la matière. Le décalage avec les pratiques constatées est pourtant flagrant :

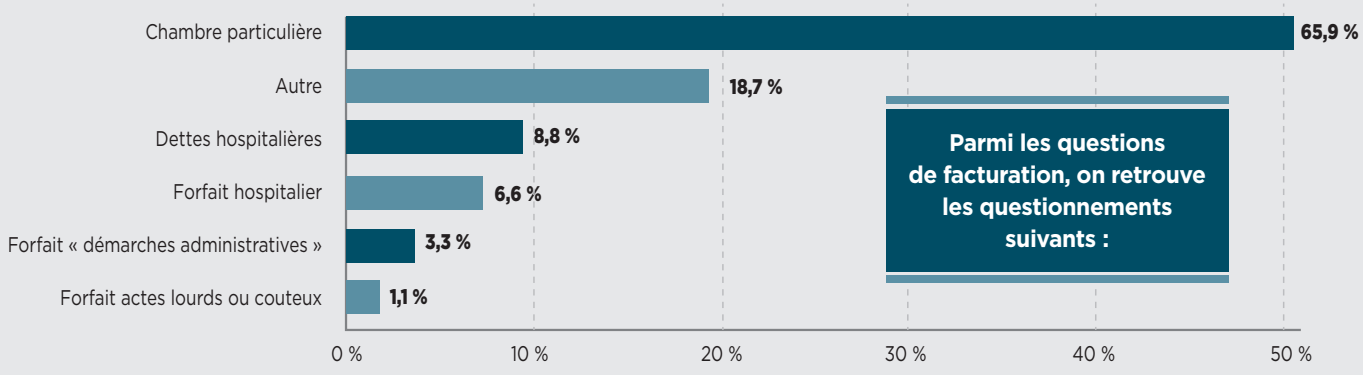
« *L'installation d'un patient, hospitalisé à temps complet ou partiel, dans une chambre particulière suppose que les conditions suivantes soient réunies [...]*

1/ L'absence d'isolement obligatoire *(dès lors que l'isolement relève d'une prescription médicale, d'une obligation réglementaire liée aux conditions techniques de fonctionnement ou d'une nécessité médicale, la facturation d'une chambre particulière est interdite) :*

> *On a fait hospitaliser mon père pendant un mois cet été. La clinique nous réclame un supplément de 130 euros par jour. Nous avions demandé une chambre particulière en raison de son état de santé (certificat médical à l'appui). La clinique ne veut rien entendre.*

2/ La possibilité de choix offerte au patient :

La facturation d'une chambre particulière ne peut être imposée au patient au motif que seules des chambres individuelles restent à disposition. Si tel est pourtant le cas et, que le patient refuse la prestation dans les conditions rappelées ci-dessus, la facturation de cette prestation est strictement interdite. Par ailleurs, afin de garantir une bonne information du patient, les tarifs des chambres individuelles doivent être clairement affichés. »



Ainsi, lorsque, pour des questions de confort personnel, l'usager souhaite bénéficier d'une chambre individuelle, cela correspond alors à une exigence particulière facturable par l'établissement de santé. L'usager doit être informé du montant de ce supplément par le responsable de l'admission et par le règlement intérieur de l'établissement de santé. Au moment de sa sortie, l'usager doit recevoir un document l'informant du coût de l'ensemble des prestations reçues distinctement.

Pour les établissements publics, ces tarifs sont déterminés par les Agences régionales de santé, fixés par arrêté préfectoral (par arrêté ministériel pour l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris) et susceptibles d'être modifiés en cours d'année. Les établissements privés (cliniques) fixent, quant à eux, librement les tarifs de chambre particulière.

Parmi les sollicitations que nous recevons, nombreuses sont celles qui portent sur des litiges quant à la réalité de l'exigence particulière manifestée par la personne hospitalisée :

> *Ma mère a été hospitalisée. Elle a demandé à être mise en chambre double lors de son admission et un beau jour, elle a été placée en chambre individuelle sans qu'en lui demande son avis. Or, cette chambre est facturée sans prise en charge par la mutuelle. Que faire ?*

> *Ma mère a été hospitalisée aux urgences avant d'être réorientée sur un établissement de réadaptation privé où elle est depuis quelques jours. Comme je suis à distance et sa seule famille, elle m'a dit au téléphone avoir dû signer des documents pour la chambre seule qu'elle n'a pas demandée, ils lui ont demandé un chèque de caution. Je n'ai pas d'autre information et je ne peux pas les joindre car c'est un numéro surtaxé et mon forfait ne me permet pas de faire ces numéros. Je me demande ce que je peux faire. En plus, ils lui disent que la chambre particulière n'est pas prise en charge par sa mutuelle.*

> *Je travaille à l'hôpital et on me demande de faire le tour des chambres pour vérifier si les personnes peuvent bénéficier d'une chambre particulière payée par leur mutuelle et obtenir leur accord dans ce cas. Je trouve ça un peu dérangeant.*

Par ailleurs, y compris, lorsqu'il n'y a plus de chambre double ou lorsque l'établissement ne contient que des chambres simples, la facturation ne peut se faire que si le patient l'a expressément exigé :

> *Ma femme est entrée en maison de soins de suite: on lui facture 130 euros de dépassement pour la chambre individuelle parce qu'il n'y avait plus de chambres doubles disponibles.*

3/ Le lieu d'hospitalisation doit nécessairement être « une chambre » :

« L'utilisation réglementaire de cette terminologie exclut de fait la facturation de ce supplément pour l'installation du patient dans un simple fauteuil dans une salle commune. Cependant, elle ne fait pas obstacle à l'installation du patient dans un box à partir du moment où sa configuration (lieu clos) ainsi que les exigences d'accueil et de prise en charge du patient qui souhaite bénéficier du confort d'une telle prestation (intimité, souhait d'être isolé) sont respectées. »

Ces caractéristiques sont largement interprétables par les établissements de santé :

> *Suite à un accident du travail, j'ai été conduit en urgence dans une clinique et y ai reçu des soins ambulatoires. J'étais dans une chambre avec d'autres personnes.*
> *Or, la clinique m'a adressé une facture d'un montant de 48 euros dont « 30 euros pour chambre de catégorie 1 » et « 18 euros de PAT ». J'ai appelé la clinique qui m'a dit ne pas avoir reçu la déclaration d'accident du travail et que, du coup, je ne devais pas les 18 euros. Par contre, ils me disent que je dois les 30 euros de chambre. J'ai été conduit dans cette clinique en urgence et n'ai formulé aucune demande spécifique.*

> *Mon enfant est pris en charge en ambulatoire. Il est dans un box. J'ai demandé à ce qu'il ait la télévision pour regarder des dessins animés. La personne de l'accueil m'a dit que dans ce cas on me facturerait une chambre individuelle. Comment est-ce possible alors qu'il est dans un box ?*

Des interrogations persistent également sur les règles de facturations des journées :

> *J'ai été hospitalisé pendant 24h. La clinique me facture 2 fois la chambre. Je trouve cela abusif. Ma mutuelle ne prend bien évidemment pas en charge cela. Est-ce légal ?*

> *J'ai été contacté par une personne qui a été hospitalisée deux jours soit une seule nuit et l'établissement lui facture deux jours de chambres particulières. Ce qui la choque, c'est qu'on lui a demandé de quitter la chambre avant 9h parce qu'un autre patient devait arriver. Est-ce possible ?*

> *Je suis hospitalisé actuellement. J'ai pris une chambre particulière. Le prix de la chambre particulière a évolué pendant mon séjour. Est-ce que je dois payer l'ancien tarif ou le nouveau ?*

Enfin, la démarche d'humanisation des hôpitaux se développe, ces dernières années par la prise en compte et le bien-être du malade hospitalisé, comme l'interdiction du tutoiement, les visites, la présence autorisée d'une personne auprès du malade, la possibilité de conserver ses effets personnels. Si cette humanisation, indétachable du respect de la dignité humaine, procède aussi de l'architecture hospitalière et de l'abandon des chambres communes au profit de chambres individuelles, la charge financière de celle-ci ne doit uniquement peser sur la personne malade hospitalisée. Les représentants des usagers qui siègent en commission des usagers s'interrogent légitimement sur ces pratiques alors que rien dans les textes ne prévoit de dérogations en matière d'exigence des patients :

> *Nous sommes de plus en plus fréquemment interrogés sur la facturation des chambres individuelles. Afin de garantir aux patients un meilleur confort, de plus en plus d'établissements ne mettent à disposition que des chambres particulières En conséquence, à leur sortie les patients se voient facturer une chambre particulière alors qu'ils n'en n'avaient pas émis le souhait, principalement pour une raison financière. Sur le principe que cette chambre particulière n'était pas un souhait du patient, la direction peut-elle imposer une facturation chambre individuelle sur le principe qu'elle ne dispose pas de chambre double ? Je vous remercie de bien vouloir m'apporter la source juridique sur ce point de plus en plus récurrent.*

I.3. Le rôle du représentant des usagers dans l'accompagnement de la plainte de l'usager auprès de la commission des usagers

Tout usager d'un établissement, qu'il soit public ou privé, qui aurait à se plaindre d'un dysfonctionnement en matière de qualité des soins ou de respect des droits doit être mis en mesure de porter une réclamation auprès de la commission des usagers.

> *Un usager nous demande d'aller à son domicile pour l'aider à rédiger une réclamation à l'encontre de l'établissement. A-t-on le droit de le faire en tant que représentant des usagers de l'établissement ? Qui va prendre en charge nos frais de déplacement ?*

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement est transmis à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il l'informe qu'il procède lui-même à cette saisine. Le médiateur médecin est compétent pour connaître les plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont saisis simultanément. Le médiateur rencontre ainsi l'usager, auteur de la plainte. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir, dans la mesure du possible, avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

L'auteur de la plainte ou de la réclamation peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

> *Je viens d'être nommé représentant des usagers, je souhaiterais avoir davantage d'informations sur le rôle, la place du représentant des usagers lors des rencontres de l'usager avec le médiateur. Est-il là pour défendre l'usager ? Rappeler les voies de recours ? Vérifier que les droits de l'usager sont respectés ?*

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux autres membres de la Commission ainsi qu'au plaignant. Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la Commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la Commission. Il transmet ce document aux membres de la Commission.

Le rôle du représentant des usagers est de veiller à ce que la plainte soit correctement traitée par la direction de l'établissement.

> *Au CHU de XXX, une commission des usagers se déroule en 1H à 1H30 maxi. Les représentants des usagers n'ont pas connaissance des lettres adressées au président de la commission et à ses membres. De temps en temps, ils ont une lettre de réponse d'un médiateur, mais sans avoir la lettre de sollicitations. Ce CHU continue de faire de la résistance à la démocratie en santé.*

France Assos Santé a un rôle primordial à jouer pour soutenir les représentants des usagers dans cet exercice parfois délicat. C'est pour ça que des outils sont à leur disposition : une ligne d'information juridique via Santé Info Droits, des formations pédagogiques, des fiches « boîte à outils », des fiches pratiques.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé » 2017

Accidents médicaux / infections nosocomiales / affections iatrogènes

> *Mon mari est décédé suite à une infection nosocomiale. J'ai introduit une procédure devant la CRCI qui n'a pas abouti et je voudrais avoir des informations sur une procédure judiciaire et le nom d'avocats pouvant intervenir.*

Accès au dossier médical

> *J'ai demandé à mon dentiste (avec qui je suis en litige à propos de mon appareil dentaire qui me fait mal) la copie de mon dossier médical il y a deux mois. Au bout d'un mois, je n'avais toujours pas de nouvelles, je l'ai donc relancé avec les textes de loi. Et là, il y a 10 jours, il m'a envoyé un courrier pour me proposer de venir le chercher au cours d'un rendez-vous. Est-ce que j'y vais ? Ça ne craint pas ? Il n'a pas respecté les délais, ça change quelque chose ?*

Droit à l'information sur les soins

> *J'ai été voir le médecin pour une sciatique et il m'a prescrit un anti-inflammatoire sans m'informer de la nature anti-inflammatoire de ce médicament et de ses effets secondaires. Je pense que le médecin aurait dû m'informer. Que puis-je faire ? Suis-je obligé de prendre les médicaments prescrits ?*

Consentement aux soins et soins sous contrainte

> *Ma fille est en hospitalisation d'office en psychiatrie. Les choses ne se passent pas très bien, on lui impose des traitements qui ne sont pas efficaces. On peut même s'interroger sur la qualité des soins. Que faire ?*

Coordination des soins

> *Ma belle-mère est actuellement hospitalisée. Elle souffre de désorientation, elle circule la nuit, etc. Son mari, plus âgé qu'elle, s'inquiète de son retour à domicile imminent. L'hôpital propose la location d'un lit médicalisé avec turbulette pour qu'elle ne puisse pas se lever la nuit. Avons-nous d'autres options à envisager ?*

Dépassements d'honoraires

> *Mon kiné a affiché une pancarte dans son cabinet par laquelle il indique qu'à compter du 1/01/17 il pratiquera un dépassement d'honoraire de 5 euros par acte. En a-t-il le droit? Il me dit que c'est parce qu'il a besoin d'argent pour vivre.*

> *Je dois subir une double arthrodèse de la cheville gauche, ce sera la 3ème opération. La 1ère (aponévrose) 200€ de dépassement pour le chirurgien, la 2ème (une tendinopathie cheville) : 250€ pour le chirurgien et 60€ pour l'anesthésiste.Cette fois-ci ma cheville est très abîmée, mon chirurgien n'est pas apte à pratiquer cette intervention, d'ailleurs très peu de chirurgiens orthopédistes la font surtout en milieu hospitalier. Pour cette intervention, le chirurgien que j'ai trouvé me demande 1200€ de dépassement d'honoraires et l'anesthésiste 300€. Je perçois une pension d'invalidité de 395€ et l'AAH 415€. Mon conjoint ouvrier dans le BTP 58 ans au SMIC, mon fils 27 ans qui essaie de monter son auto-entreprise vit à la maison avec le RSA et ma fille de 23 ans vient de commencer à travailler il y a 2 mois pour un CDD de 4 mois. Sans compter le loyer, j'ai 800€ de charge à payer car nous avons un dossier de surendettement. Nous payons 400€ de loyer (APL) et la nourriture dans les discount. Nous n'avons pas 1€ de côté. La secrétaire m'a dit de faire 3 chèques de 400€ : 1 encaissé de suite après l'opération et les 2 autres les 2 mois après et pour l'anesthésiste, je ne sais pas. Mon grand frère m'a proposé de me faire 2 chèques de 1200 et 300 pour tout régler et quand la sécu et la mutuelle me rembourseront je lui rendrai et le reste un peu tous les mois. Je suis au 100% ALD. Ça me rend malade de devoir emprunter de l'argent pour me soigner et ensuite rembourser, car les fins de mois sont difficiles, il va falloir serrer encore plus. Comment faire je suis obligée de subir cette opération. Pourriez-vous me dire si j'ai une solution ?*

Dossier médical partagé (DMP)

> *Est-ce qu'il existe un dossier centralisé ? Une famille et un patient se sont rendus chez un médecin qui semblait être informé de problèmes de santé traités ailleurs. Ca les intrigue beaucoup. Un DMP a pu être ouvert sans la signature du patient. Il n'est pas forcément en état de consentir... Comment savoir si un DMP a été ouvert à ce jeune homme ?*

Dossier pharmaceutique

> *Ce weekend, j'étais en congé et avais oublié mon traitement habituel. Je suis allé dans une pharmacie mais le pharmacien m'a indiqué que j'avais demandé l'effacement de mon DP. Or, je ne savais même pas que ce dossier existait... Du coup, je me demande comment faire pour y accéder et éventuellement restaurer les informations ?*

Discrimination et refus de soins

> *Je vous appelle pour savoir si cela constitue bien un refus de soins illégal pour un cabinet de radiologie de refuser des bénéficiaires de la CMU complémentaire car je compte dénoncer cette pratique du cabinet proche de notre foyer d'accueil de jeunes qui vient encore de refuser de donner un rendez-vous pour un de nos résidents.*

> *Je voudrais contacter une association pour m'aider pour un refus de soins. Le psychiatre a refusé de continuer à me soigner après que j'ai dénoncé des mauvais traitements dans l'établissement. Non, il ne m'a pas orienté vers un confrère et a prétendu que je n'avais plus besoin de soins alors que ce n'est pas le cas.*

Droits collectifs et représentation des usagers

> *Je viens d'être nommé représentant des usagers par l'Agence régionale de santé dans l'établissement dans lequel je suis par ailleurs soigné.*
> *Quand je l'ai dit à mon médecin qui est la responsable de l'établissement de santé, elle m'a dit que je ne pouvais pas être à la fois RU et usager de l'établissement. En fait, ils ne veulent pas de moi car je vois tout ce qu'il se passe.*

> *Bonjour, nous avons de plus en plus de représentant des usagers qui sont encore actifs. Je me demande s'il est possible de bénéficier du congé de représentation pour se former et être indemnisé ? J'ai cherché mais n'ai rien trouvé, alors que l'on incite de plus en plus nos usagers à se former. Or, rien ne semble être prévu pour prendre en charge ces temps-là.*

Fin de vie et directives anticipées

> *Mon père est hospitalisé depuis trois semaines, et l'établissement a décidé de ne plus lui administrer de soins sinon de la morphine. Ils envisagent de le transférer en soins palliatifs. Puis-je le faire hospitaliser ailleurs ?*

> *J'ai un ami qui vient en France des Etats-Unis où il a signé des directives anticipées et il voudrait savoir si cela est valable en France.*

Vol et perte d'objets en établissement de santé

> *J'ai été hospitalisée du 5 au 10 août pour une poussée de sclérose en plaques. Après la première journée aux urgences je suis remontée en chambre sans mes chaussures ni mes radio. Après avoir informé toute la semaine le personnel de l'unité sans réponse, j'appelle les urgences le jour de ma sortie. On m'a raccroché au nez lorsque j'ai demandé une adresse pour informer par courrier. Je suis sortie sans mes chaussures ni les radios que l'on m'avait donné aux urgences.*
> *Quel recours ai-je ? Je comptais écrire à la direction.*

Maltraitance en établissement de santé

> *J'ai été hospitalisée il y a quelques temps.*
> *Les conditions étaient difficiles et je ne me suis pas sentie bien traitée.*
> *Dans le couloir des urgences, j'ai vu le sort réservé à d'autres: les personnes âgées étaient laissées sur des brancards dans le couloir, à moitié dénudées, pendant des heures, avec un sac poubelle contenant leurs vêtements.*
> *Que faire ? Je ne veux rien de particulier mais simplement signaler pour que nous puissions être correctement traités.*

Personne de confiance

> *Je vous appelle au sujet de mon père qui est hospitalisé pour un cancer des poumons depuis le 3 décembre 2016. Son état cognitif est altéré. Je ne suis pas consultée en tant que fille sur les décisions concernant l'état de santé de mon père au motif qu'il a déjà une personne de confiance et que c'est elle qui doit être consultée prioritairement alors que c'est son ex-femme et qu'elle s'est remariée. La famille ne doit-elle pas être consultée prioritairement ? Puis-je faire annuler cette désignation ?*

Prise en charge de la douleur

> *Mon fils souffre de douleurs chroniques depuis des années et de fièvres inexpliquées fréquentes. Personne ne croit plus en ses douleurs, son rhumatologue pense qu'il invente, moi je le crois. Un psychologue me confirme la réalité de ses douleurs. L'école ne croit pas en la réalité de sa maladie qui justifierait ses absences fréquentes. Le rhumatologue spécialiste m'a dans le collimateur aussi et pense que j'influence mon fils pour ses douleurs. Elle veut faire un signalement aux services sociaux.*

1. Les droits des malades dans leur recours au système de santé

J'ai même été victime d'une enquête privée de sa part, elle m'a demandée si j'étais divorcée et où était le père, vous vous rendez compte ?! Les tests génétiques sont revenus négatifs. À l'hôpital, ils me disent qu'il n'a rien et le renvoient sur le centre anti douleurs en précisant qu'il faut axer sur une prise en charge non médicamenteuse, c'est dire à quel point ils ne le prennent pas au sérieux !

Respect de l'intimité, de la vie privée et du secret médical

Je suis actuellement hospitalisée pour subir une intervention chirurgicale, et, aujourd'hui, j'ai vécu une situation très «gênante»!
Une infirmière relisait ses informations me concernant à voix haute, dans ma chambre, alors que je n'étais pas seule... Je me suis déjà demandée si c'était bien» normal»... Mais le pire est qu'elle a évoqué sans raison le nom d'un traitement et sa posologie, «sans savoir pourquoi « selon elle... Je suis traitée par méthadone depuis un an et demi, et je n'en ai pas informé ni ma fille ni ma mère, toutes 2 présentes au moment où l'infirmerie l'a fait sans aucune retenue.
Je me suis senti très gênée, et la conversation que j'ai dû avoir ensuite pour me «justifier « m'a mise dans un état de stress difficile à gérer... Pour ma mère également ! Il me semble que ce qu'a fait cette infirmière est une faute, alors que quand je lui ai expliqué, cette dernière a simplement dit «qu'en général, les familles des toxicomanes sont toujours au courant...»..... ??! ..
J'ai besoin de savoir que j'ai raison de lui signaler que ce qu'elle a fait est bien une violation du secret médical ? A mon sens oui... (et son comportement avec les autres patients me semble similaire...)

Je suis atteinte d'une maladie rare qui détruit les reins. J'ai besoin d'une dialyse tous les jours et je fais l'objet d'une maltraitance ordinaire (refus de poser un paravent alors que j'ai un cathéter posé sur la poitrine, non-respect des protocoles ayant provoqué une hémolyse et deux septicémies successivement). J'ai contacté le médiateur de santé mais sans succès. Je suis malade et âgée et je n'en peux plus de me battre toute seule. J'ai peur d'agir car lorsque j'ai fait des remarques par oral, on m'a répondu qu'on allait me virer.

Qualité et sécurité des soins

J'ai été assistante dentaire. J'ai découvert en consultant des chirurgiens-dentistes en tant que patiente que ceux-ci ne respectaient pas les règles d'hygiène et d'asepsie. A qui puis-je le déclarer?

2. Les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accident du travail ou d'invalidité

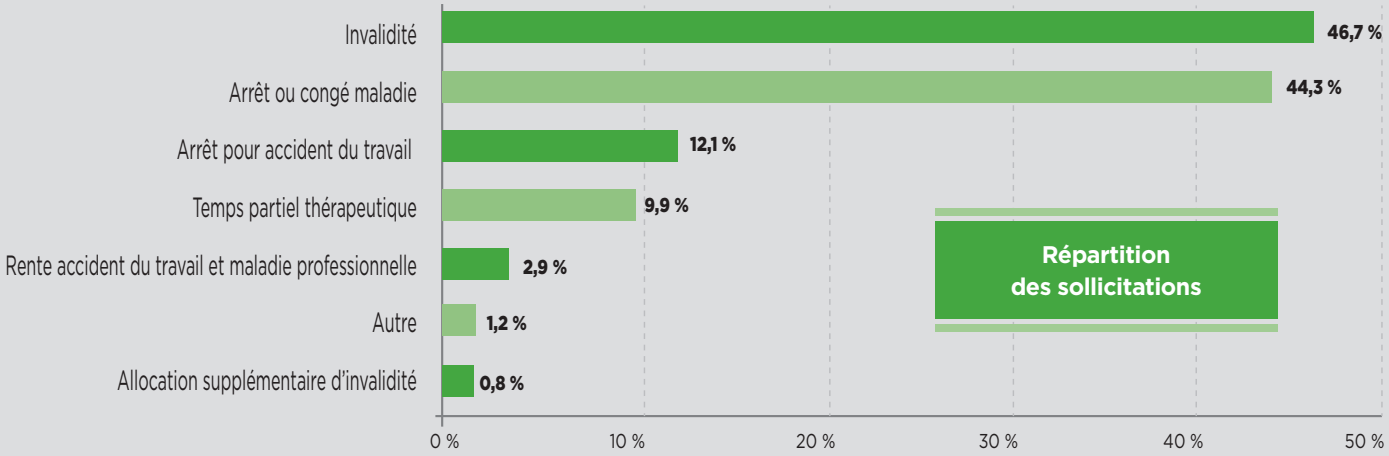
Salariés, agents de la fonction publique ou encore indépendants, tous les travailleurs peuvent être concernés par la maladie, les accidents de travail ou l'invalidité.

Dans ces circonstances, la question du maintien des revenus s'avère être un facteur déterminant de l'environnement économico-social de personnes parfois en situation de grande vulnérabilité.

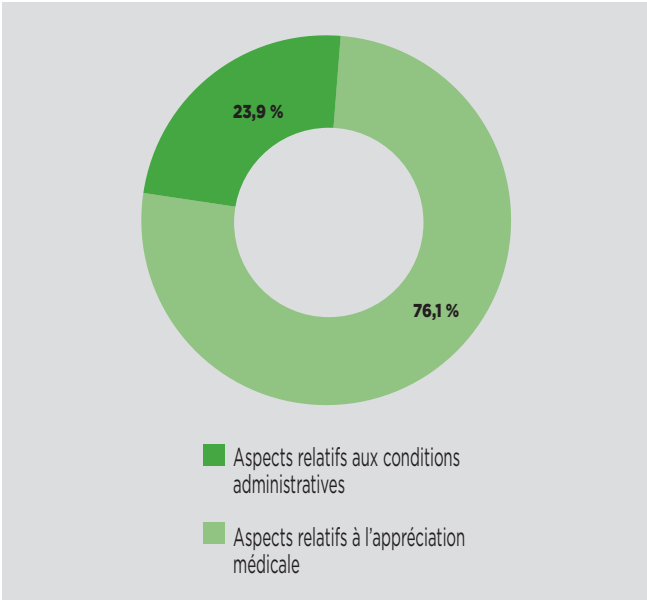
> *Je suis fonctionnaire et j'ai eu un cancer du sein en 2009 pour lequel j'ai eu droit à un congé de longue durée puis une période de temps partiel thérapeutique. On m'a diagnostiqué il y a 4 mois un nouveau cancer. La médecine agréée m'a indiqué que je ne pourrais pas avoir droit à un nouveau congé longue durée car c'est la même pathologie alors qu'il n'a même pas la même origine... Du coup, là je me retrouve à mi-traitement. Mon psychiatre a fait une demande de CLD pour maladie mentale car je suis en grande dépression mais on lui a dit au téléphone que ça ne passerait pas car il faut un historique plus important, avoir fait des tentatives de suicide. Je ne sais pas quoi faire, là je suis à mi-traitement... j'ai deux enfants en bas âge et entre mon cancer et les fins de mois, je suis désespérée.*

2. Les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accident du travail ou d'invalidité

Avec 1255 sollicitations sur le sujet en 2017, il s'agit quantitativement de la seconde thématique résultant de nos échanges avec les usagers.



Le bénéfice de ces différentes prestations est soumis au respect des règles d'une double série de conditions :



• *Des conditions médicales* : les questions portent alors sur des litiges liés à la jusification médicale de l'arrêt de travail, à la reconnaissance de l'état d'invalidité ou bien encore au caractère professionnel d'une maladie

> *Le médecin conseil a refusé de m'accorder la pension d'invalidité estimant que je ne rentrais pas dans les conditions médicales. Je suis atteint du syndrome de fatigue chronique mais je n'ai pas beaucoup d'éléments pour justifier mon désaccord médical car c'est difficilement objectivable et pas reconnu à l'heure actuelle. J'ai fait une demande d'expertise et j'ai essuyé un refus. On me dit que je peux saisir le tribunal mais je me demande si cela vaut le coup.*

• *Des conditions administratives* : les interrogations portent alors sur la détermination des droits de la personne malade à ces prestations.

> *Je vous appelle pour ma belle-fille qui a un cancer de l'estomac et de l'œsophage et qui est en arrêt de travail. La Caisse lui a indiqué qu'elle ne pouvait plus continuer à lui verser des indemnités journalières car elle n'a pas assez d'heures travaillées dans les mois précédant l'arrêt de travail. Or, ils n'ont pas pris en compte les congés payés dans le calcul. Est-ce normal, elle va se retrouver sans revenus ?*

Comme l'illustre ce témoignage, l'application d'une multitude de règles souvent complexes, sujettes à interprétation ou inadaptées peuvent s'avérer lourdes de conséquences.

Si l'existence de critères est nécessaire, encore faut-il que ceux-ci répondent à des exigences de justice, d'équité et de raison. A cet égard, parfois subsiste le sentiment que le compte n' y est pas.

A travers les situations concrètes rencontrées par nos interlocuteurs, voici un tour d'horizon des sujets qui nécessiteraient de réels aménagements légaux :

II.1. La notion d'activité autorisée en cas d'arrêt maladie insérée dans le Code de la Sécurité sociale

Pour le versement des indemnités journalières, les assurés sociaux sont soummis au respect de plusieurs obligations.

En effet, l'article L323-6 du Code de la Sécurité sociale prévoit que

« Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :
1° d'observer les prescriptions du praticien ;
2° de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2
3° de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ;
4° de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
5° d'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail [...]»

Si on peut comprendre que certaines de ces obligations constituent une contre-partie au versement d'indemnités journalières, la conditon liée à « l'activité non autorisée » n'est pas sans poser de réelles difficultés.

> *J'interviens dans le suivi d'une personne dans le cadre de mon activité associative. Cette personne est en arrêt maladie de longue durée pour un cancer. Il est par ailleurs conseiller municipal, mission pour laquelle il n'a pratiquement pas été pas rémunéré. Il a assisté à des réunions municipales tout en respectant les heures de sortie autorisées. Sa caisse vient pourtant de lui supprimer l'intégralité de ses indemnités journalières en raison de l'exercice non autorisé d'une activité. La caisse dit s'appuyer sur une nouvelle jurisprudence.*

Et effectivement dans un arrêt du 15 juin 2017, sur la base des dispositions prévues à l'article L323-6 du Code de la Sécuirté sociale, la Cour de cassation a précisé qu'un salarié bénéficiant d'un arrêt de travail pour une maladie ou un accident ne peut exercer aucune activité qui ne soit pas expressément autorisée par le médecin traitant. Ainsi, dans la situation qui lui était soumise, la Cour a validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail car celui-ci s'était rendu à une réunion de conseil municipal et à quelques réunions d'associations pendant la période d'arrêt.

Ce principe selon lequel tout ce qui n'est pas expressément autorisé par le médecin dans sa prescription médicale de repos est interdit nous semble une position difficilement soutenable et bien trop radicale pour deux raisons :

• d'une part, parce que la notion d'activité n'est pas juridiquement circonscrite. Ainsi, faire ses courses ou aller chercher ses enfants à l'école pourrait tout aussi bien être considéré comme une activité.

• d'autre part, parce que cela revient aussi potentiellement à mettre en péril la participation bénévole de nombreuses personnes engagées notamment dans les associations de personnes malades, en tant que représentants des usagers, par exemple.

Ainsi, il apparaît indispensable de connecter la notion d'activité autorisée à la notion d'activité professionnelle rémunérée afin d'éviter une utilisation extensive par les caisses de ce texte légal qui pourrait s'avérer préjudiciable.

II.2. La situation des demandeurs d'emploi ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois

Pour bien appréhender les enjeux, il convient de préciser que les personnes inscrites au Pôle Emploi bénéficient de dispositions permettant le maintien des droits aux indemnités journalières ou à la pension d'invalidité qu'elles avaient constitué avant leur licenciement.

Ces dispositions sont applicables tant que le chômeur est indemnisé par Pôle Emploi et pendant un an à partir de la fin de son indemnisation chômage.

Or à l'instar du témoignage suivant, on constate qu'une reprise d'activité peut s'avérer particulièrement préjudiciable dans certaines circonstances.

> *J'ai de gros problèmes avec ma caisse de sécurité sociale. J'ai actuellement un cancer et j'avais jusqu'à présent des indemnités journalières. La caisse vient de m'informer que je n'avais plus de droits ni pour les indemnités journalières, ni pour la pension d'invalidité. Avant la découverte de mon cancer et mon arrêt, j'avais repris le travail 3 mois et demi après une période de chômage. On me dit maintenant que je n'ai pas travaillé suffisamment avant mon arrêt ou alors il aurait fallu que mon arrêt survienne dans les 3 premiers mois de ma reprise. Comme si j'avais choisi ! Le pire, c'est que si je n'avais pas retrouvé un travail je n'aurais pas perdu mes droits.*

Ce qui est décrit ici par notre interlocuteur correspond malheureusement à la froide application de textes. Le salarié dans une telle situation n'ayant pas retravaillé 600 heures et dont l'arrêt de travail survient plus de 3 mois après une reprise d'activité faisant suite à une période de chômage perd effectivement les droits dont il aurait pu bénéficier en cas absence de reprise d'activité ou d'une reprise d'une durée inférieure.

Une situation particulièrement inéquitable par la faute de dispositions législatives et règlementaires inadaptées, pour ne pas dire insensées, et insuffisamment protectrices.

II.3. Le temps partiel thérapeutique et la question de l'arrêt de travail préalable

Les textes prévoient désormais que la condition d'un arrêt maladie précédant immédiatement une demande de temps partiel thérapeutique n'est pas opposable aux assurés reconnus en affection de longue durée (ALD) dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection.

S'il s'agit d'une véritable avancée permettant de mieux prendre en compte le caractère chronique de certaines pathologies, sa mise en œuvre peut s'avérer piégeuse pour les assurés :

> *J'ai une spondylarthrite reconnue en ALD et en raison d'une poussée, mon médecin a préconisé un temps partiel thérapeutique, en accord avec le médecin du travail. Je viens de recevoir un refus de la caisse au motif que ce temps partiel ne faisait pas suite à un arrêt maladie mais je pensais que je n'avais pas besoin car c'était en lien avec mon ALD mais la caisse me dit que j'aurais dû avoir au moins un arrêt de travail préalable même si c'était il y a 2 ans.*

Il s'agit là d'une interprétation récurrente des caisses qui considèrent que si le texte ne prévoit plus la nécessité de justifier d'un arrêt de travail précédant immédiatement la demande, l'existence d'un premier arrêt de travail plus ancien en lien avec l'ALD est requise.

Ce point que nous avions déjà souligné dans notre rapport d'observation précédent nécessiterait incontestablement des aménagements législatifs afin de simplifier les règles applicables et venir corriger une insécurité juridique inutile.

II.4. Les anciens apprentis devenant invalides

La pension d'invalidité vient compenser une perte de capacité de gain de l'assuré.

Les textes sont conçus de manière à favoriser la reprise de travail des pensionnés d'invalidité qui peuvent ainsi cumuler pension d'invalidité et activité professionnelle à temps partiel. Ce cumul total est possible à concurrence d'une certaine somme dénommée « salaire de comparaison ». Ce salaire de comparaison se base sur le salaire du salarié perçu avant sa mise en invalidité. Il s'agit du salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

Les textes prévoient un aménagement bienvenu en ce qui concerne les apprentis pour prendre en compte leur situation particulière puisque l'article R341-17 du Code de la Sécurité sociale prévoit que « si l'assuré était en apprentissage lors de la survenance du risque, ses ressources sont comparées à la rémunération habituelle d'un salarié du même âge et de la même région appartenant à la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré aurait normalement accédé à sa sortie d'apprentissage »

Un témoignage nous interpelle cependant sur la portée de cette protection :

> *Je vais passer devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale en avril pour un problème avec ma pension d'invalidité. J'ai un petit temps partiel et ma pension d'invalidité a pourtant été suspendue. Pour déterminer la somme à ne pas dépasser, la caisse prend en compte les salaires que j'ai perçus quand j'étais apprenti et n'a pas redressé cette somme parce que quand mon arrêt de travail est survenu je n'avais pas le statut d'apprenti depuis 2 mois. J'aimerais avoir des conseils, quels sont les arguments juridiques que je peux opposer ?*

L'examen de la situation individuelle de notre interlocuteur met en évidence une difficulté réelle dans la détermination du salaire de comparaison des anciens apprentis dont l'invalidité survient rapidement après leur changement de statut.

Tous ces textes rigides, inéquitables voire prêtant dangereusement à l'interprétation doivent impérativement faire l'objet d'adaptations. Pour que ces témoignages ne restent pas lettres mortes, France Assos Santé en tant que force de propositions défendra ces aménagements nécessaires par l'intermédiaire de propositions d'amendements dans le cadre de futures discussions sur la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité en 2017 »

Litiges concernant l'établissement ou l'envoi d'arrêts de travail

> *Salariée, je suis en arrêt maladie pour anxiété et surmenage depuis un mois. Le problème est que la CPAM a refusé de verser les indemnités journalières des 3 dernières semaines au motif que le médecin qui prolongeait l'arrêt est différent du médecin prescripteur initial et qu'aucun des deux médecins n'est mon médecin traitant par ailleurs. Ils m'ont demandé une justification écrite que j'ai donnée et qui manifestement n'a pas suffi.*

> *J'ai été en arrêt de travail pendant plusieurs mois. La CPAM estime n'avoir reçu mon arrêt de prolongation qu'après la fin de cet arrêt en question, et ne m'ont pas versé mes IJ pour la période correspondant à cet arrêt. J'avais pourtant déposé mon arrêt dans la boîte aux lettres de ma CPAM dans les 48h. J'ai fait un recours devant la commission de recours amiable qui l'a rejeté. Je me pose la question de l'intérêt d'aller au tribunal.*

Montant des indemnités journalières

> *Je suis reconnu en ALD. Avec ma maladie, est-ce que c'est normal que la sécurité sociale ne prenne en charge que 50% de mon salaire ?*

Jours de carence et ALD

> *Mon fils est reconnu en ALD depuis 2015. À l'époque, il habitait à Lyon et il n'avait jamais eu de problème avec sa caisse qui ne lui a décompté le délai de carence que pour le premier arrêt en lien avec l'ALD comme le prévoit la loi. Maintenant qu'il a déménagé, sa nouvelle caisse estime que son arrêt n'est pas en lien avec une ALD puisqu'il lui décompte ses jours de carence à chaque fois.*

Consolidation et interruption du versement des indemnités journalières

> *Je suis en arrêt ALD depuis 2 ans et demi. J'ai reçu la visite d'une sorte de secrétaire de la CPAM qui m'a dit qu'en mai dernier, le médecin conseil avait décidé de me mettre en invalidité et qu'il fallait que je rembourse 6000 euros d'indemnités journalières. Est-ce normal ? Le médecin conseil a-t-il le droit de me mettre en invalidité avant la fin des 3 ans d'arrêt maladie et alors que mon médecin traitant me laisse en arrêt ? En plus je n'ai rien reçu de la caisse en mai dernier.*

Droit aux indemnités journalières des pensionnés d'invalidité exerçant une activité professionnelle

> *Je bénéficie actuellement d'une pension d'invalidité 1ère catégorie suite au décès de ma fille que je n'arrive pas à surmonter et qui m'a plongé dans une profonde dépression. En ce moment, je suis vraiment très stressée et je ne pense plus être capable de travailler, même à temps partiel. Si mon médecin me place en arrêt maladie comme il le souhaite, est-ce que j'aurais droit à des indemnités pour mon arrêt de travail ? Je ne sais pas comment je pourrais faire avec ma pension d'invalidité de 800 euros.*

Relations avec le service médical des caisses

> *J'ai été convoquée par le médecin de la sécurité sociale. Il m'a très mal reçu. Dès que j'ai voulu parler,il m'a dit « ici c'est moi qui parle et pose les questions ». Il m'a posé deux ou trois questions insignifiantes, n'a pas demandé de document et ne m'a pas examiné quand je lui ai dit avoir mal partout. J'étais encore assise à son bureau avec mon dossier médical ouvert qu'il était à la porte pour me faire partir. En sortant, je lui ai dit partir dans l'après- midi 3 semaines en cure. Il me répond «c'est bien, au revoir». Une semaine plus tard, j'ai reçu une lettre en AR me disant d'aller retravailler 2 jours plus tard et que si je ne le faisais pas, on allait me supprimer les indemnités journalières. Mon médecin traitant appelle le médecin conseil immédiatement pour lui signifier que je suis en cure jusqu'au 30 juin, il lui répond « je ne suis pas au courant pour sa cure ni pour sa fibromyalgie ». Bien sûr, il ment. J'ai reçu une 2ème lettre AR de rectificatif me disant de retravailler le 1er juillet, avec tout le tralala qui franchement était intimidant et désagréable, comme si j'étais l'ennemi public numéro un. J'ai décidé de faire appel. Même le médecin de travail confirme que je ne suis pas en état et que le médecin conseil n'a vraiment pas fait son travail correctement me concernant. Mon médecin traitant n'a osé que me prolonger de 8 jours car elle a peur qu'on «lui tape sur les doigts» bien qu'elle me dise qu'effectivement je ne peux plus faire mon boulot (femme de ménage). Quelles sont mes possibilités pour me défendre ? Que dois-je faire et surtout lors d'une convocation chez un expert médical qui pourrais-je emmener pour prendre ma défense et être témoin ? Vu comme cela s'est passé à la dernière convocation, il est hors de question que je me laisse faire.*

2. Les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accident du travail ou d'invalidité

Congés maladie des fonctionnaires

> *Je suis fonctionnaire de l'Education nationale. Je suis en congé de maladie ordinaire depuis 5 jours et je voulais savoir si je pouvais directement passer en congé de longue durée sans passer par le congé de longue maladie. Pouvez-vous me rappeler les pathologies ouvrant droit au congé de longue maladie et au congé de longue durée ? Quand peut-on faire une demande de congé de longue maladie ?*

Durée du temps partiel thérapeutique dans le secteur privé

> *Je m'interroge sur la durée du temps partiel thérapeutique. Ma fille a alterné temps partiel thérapeutique et arrêt à temps complet depuis 9 mois. Combien de temps maximum peut-elle bénéficier du temps partiel thérapeutique ?*

Invalidité et droit au travail

> *Je vais passer en invalidité catégorie 2. Je souhaite reprendre mon activité professionnelle à temps partiel mais la CPAM me dit que je ne peux pas travailler avec une pension d'invalidité en catégorie 2. J'ai lu le contraire dans votre fiche. Pouvez-vous m'expliquer ?*

Calcul de la pension d'invalidité

> *La sécurité sociale va me basculer en pension d'invalidité à compter du mois de mars. Je trouve que la pension de 2ème catégorie qu'ils m'ont calculée est très basse. Peut-on vérifier ensemble ?*

Cumul entre pension d'invalidité et gains et salaires.

> *Je vous appelle pour ma fille, je me sens perdu par rapport à sa pension d'invalidité et la façon dont la sécurité sociale calcule le salaire à ne pas dépasser pour ne pas entrainer une réduction ou une suspension de sa pension d'invalidité. Elle a reçu en septembre une indemnité de licenciement. Est-ce que cela peut remettre en cause sa pension d'invalidité ?*

Indemnisation de l'invalidité dans la Fonction publique

> *Je vous appelle pour une personne de la fonction publique hospitalière qui est atteinte d'une maladie chronique et qui souhaite réduire durablement son temps de travail. Je veux savoir si, dans la fonction publique, il y a un équivalent de la pension d'invalidité du privé qui permet de bénéficier d'une pension et de pouvoir travailler à temps partiel. Mes premières recherches me conduisent à penser que ce n'est pas le cas mais je trouve cela incroyable.*

Maladie professionnelle et rechute

> *Je suis de nouveau arrêté en raison d'une nécrose du col du fémur. Mon chirurgien me parle d'une aggravation de mon état de santé. Je voudrais savoir si je peux faire valoir une nouvelle aggravation de mon état de santé en lien avec la maladie professionnelle pour laquelle j'ai été consolidé il y a deux ans avec un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) de 13% ?*

Rente accident du travail et évaluation du taux d'incapacité

> *J'ai été victime d'un accident du travail dans les suites duquel mon IPP a été évaluée à 5%. J'ai fait une demande de réévaluation et je suis convoqué auprès d'un médecin de la caisse. Je souhaiterais savoir si je peux être assisté, ce que je dois dire et si j'aurais un recours contre son avis.*

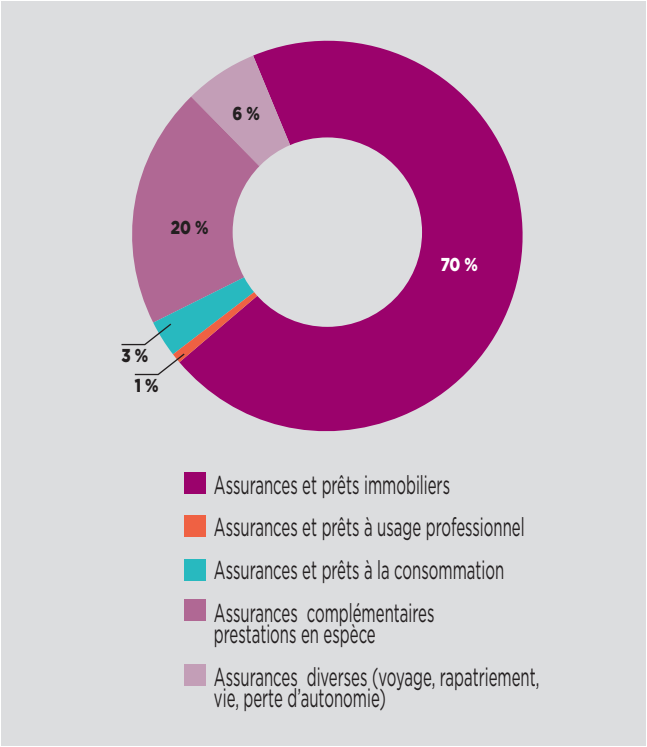
3. Assurances et emprunts

Les questions relatives aux assurances et aux emprunts continuent d'être un sujet de préoccupation majeur pour les personnes malades sollicitant Santé Info Droits. Les 1292 échanges ont représenté 13.2% des sollicitations en 2017. Cette proportion est en réalité beaucoup plus importante pour certaines pathologies.

Ainsi, cette proportion dépasse 30% pour les usagers atteints ou ayant été atteints de cancer, V.I.H, hépatite C, myopathies, hémophilie, obésité, maladies auto-immunes ou encore les personnes greffées.

3. Assurances et emprunts

70% de nos échanges sur cette thématique sont reliés à des projets immobiliers.



En ce qui concerne les assurances couvrant les prêts immobiliers, c'est la question de l'accès qui se pose pour une écrasante majorité des sollicitations.

Un certain nombre d'éléments permet de mieux appréhender les raisons de cet état de fait :

• Quand bien même cela ne constitue pas une obligation légale, les établissements prêteurs exigent le plus souvent des candidats à l'emprunt d'être assurés pour les risques relatifs au décès et à l'incapacité de travail :

> *J'ai une sclérose en plaques et je suis en train de faire un emprunt immobilier. Si la banque accepte sur le principe de me prêter de l'argent, elle m'a fait très clairement comprendre que si je n'obtenais pas d'assurance mon prêt ne serait pas accepté.*

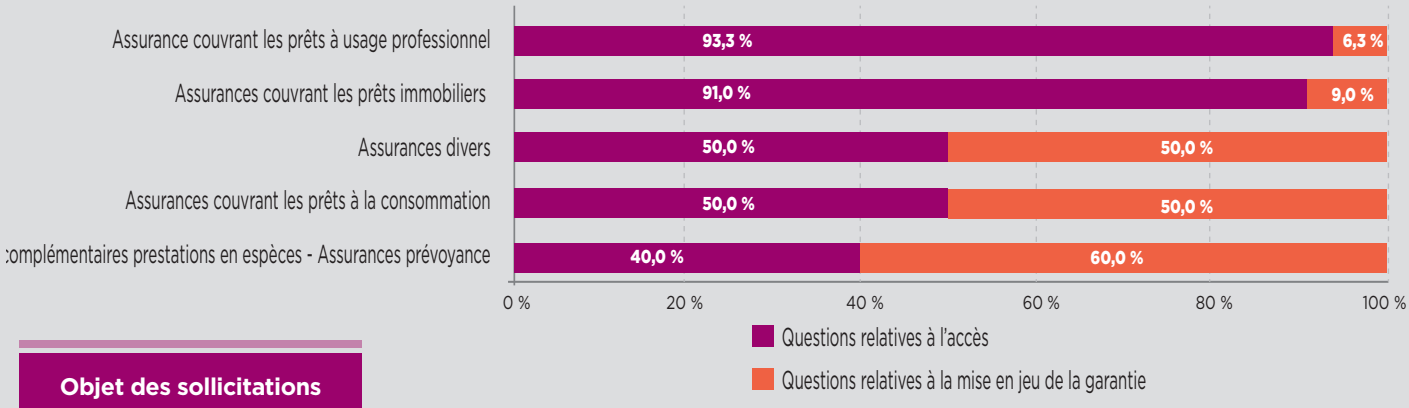
• Dans le cadre de l'évaluation des risques par les assureurs, ceux-ci interrogent les demandeurs sur leur état de santé et peuvent solliciter des examens médicaux :

> *J'ai une rectocolite hémorragique pour laquelle j'ai déjà été totalement opérée il y a dix ans et pour laquelle je n'ai actuellement aucun symptôme. Je crois que j'ai fait une bêtise en remplissant le questionnaire médical. Comme le banquier me posait les questions et le remplissait par informatique, je n'avais pas mon dossier médical sous les yeux et je ne me rappelais pas forcément de tous les détails. Me conseillez-vous de rectifiez mes déclarations à l'assurance ? Cela ne risque-t-il pas de me porter préjudice alors que je n'ai plus aucun symptôme ?*

• L'environnement juridique laisse une grande liberté aux assurances puisqu'une telle sélection est autorisée par le Code pénal, souvent à la plus grande surprise de nos interlocuteurs. Les assurances peuvent donc tirer des conséquences des réponses en matière d'acceptation ou de refus des dossiers, de tarification de l'assurance ou bien encore d'exclusions de garantie :

> *Ayant signé un compromis afin d'acquérir pour la première fois, ma compagne et moi, un bien immobilier, nous avons fait les démarches nécessaires auprès de banques et nous retrouvons face à un problème avec l'assurance. En effet, je suis obèse et appareillé - efficacement - contre l'apnée du sommeil. Nous avons essuyé un premier refus de l'assurance et j'ai dû faire des analyses complémentaires qui se sont toutes*

Objet des sollicitations



révélées bonnes. J'ai reçu aujourd'hui une proposition de leur part qui me semble pourtant extrêmement élevée étant donné que l'assurance représenterait à elle seule un tiers de mes prélèvements. Je trouve dingue que cette discrimination au poids soit légale. Une surprime de 620% qui me fait dépasser mon taux d'endettement de 33% !

• Des personnes malades ou l'ayant été se voient ainsi exclues de l'assurance mais aussi de l'emprunt immobilier. C'est souvent une très grande source de désillusion, de colère ou de sentiment d'injustice :

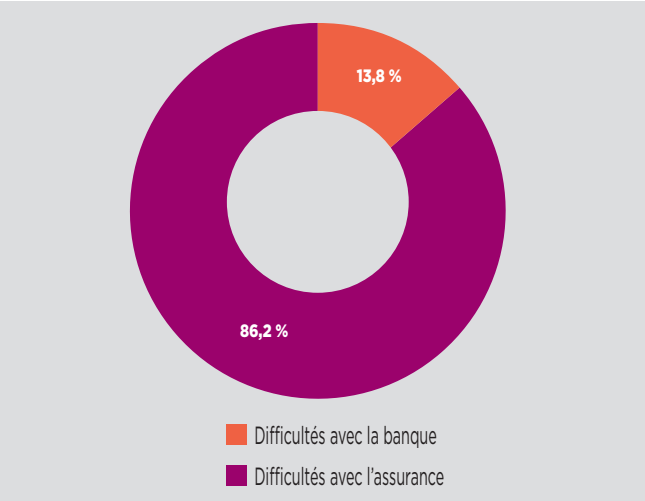
J'ai un projet immobilier avec mon ami. J'ai déjà essuyé deux refus partiels d'assurance : ils n'acceptent de m'assurer que pour le décès, c'est-à-dire si je suis un légume ! J'attends la réponse de la dernière assurance que j'ai contactée. N'est-ce pas scandaleux ? La banque m'a déjà prévenu que sans assurance invalidité cela va être compliqué pour l'emprunt. N'ai-je pas un droit à être assurée ? Nous vivons dans une société où de plus en plus de gens sont malades, vivent avec des maladies chroniques, avec la pollution, ce que nous mangeons etc. Que font les pouvoirs publics ?

Engagées depuis de nombreuses années dans un combat contre ces discriminations légales, France Assos Santé et de nombreuses associations qui la composent participent au processus conventionnel dénommé « Convention AERAS ». Cette convention qui fait par ailleurs l'objet d'un encadrement législatif prévoit un certain nombre d'instruments devant être actionnés afin de favoriser l'accès des personnes à l'emprunt et à l'assurance.

Dans ce processus, le rôle des associations est notamment de diffuser à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la Convention, via notamment divers outils de communication et des lignes téléphoniques et de faire remonter les points de vigilance, quant à la mise en œuvre par les professionnels des dispositions prévues dans la Convention.

Si l'activité de Santé Info Droits permet de répondre quotidiennement à la nécessaire mission d'information, ce présent rapport constitue l'opportunité de souligner les avancées et carences sur le sujet.

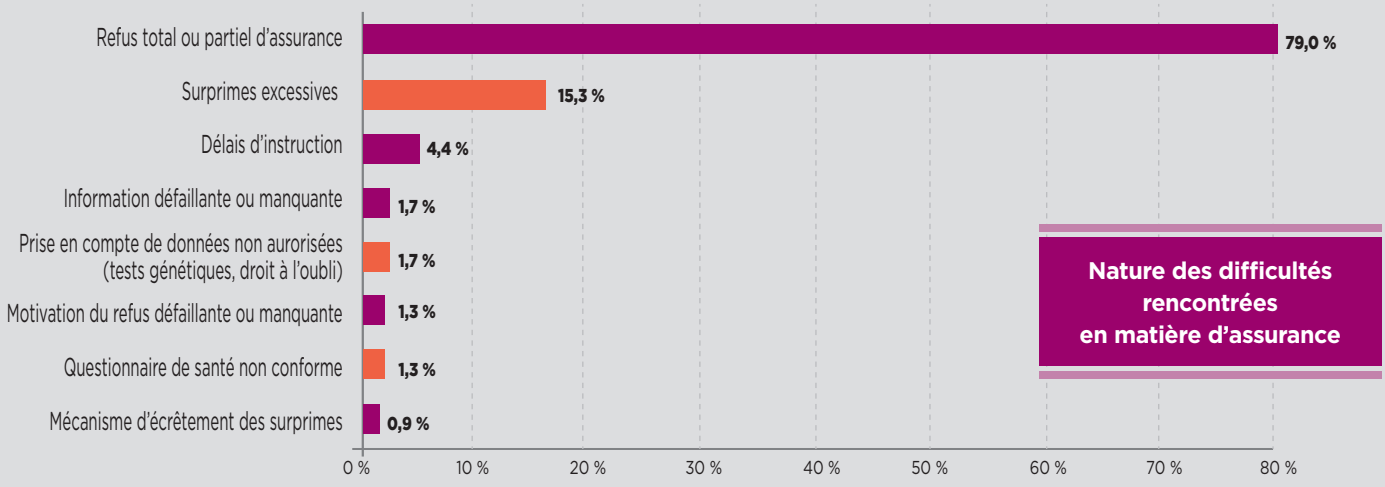
Alors que deux tiers des sollicitations sur le sujet sont relatives à des demandes d'informations situées plutôt en amont des projets, un tiers des échanges portent sur des obstacles persistants pour accéder à l'assurance ou à l'emprunt – et cette part ne tend pas à diminuer au cours des années. Et ces difficultés sont plutôt identifiées au niveau des assurances.



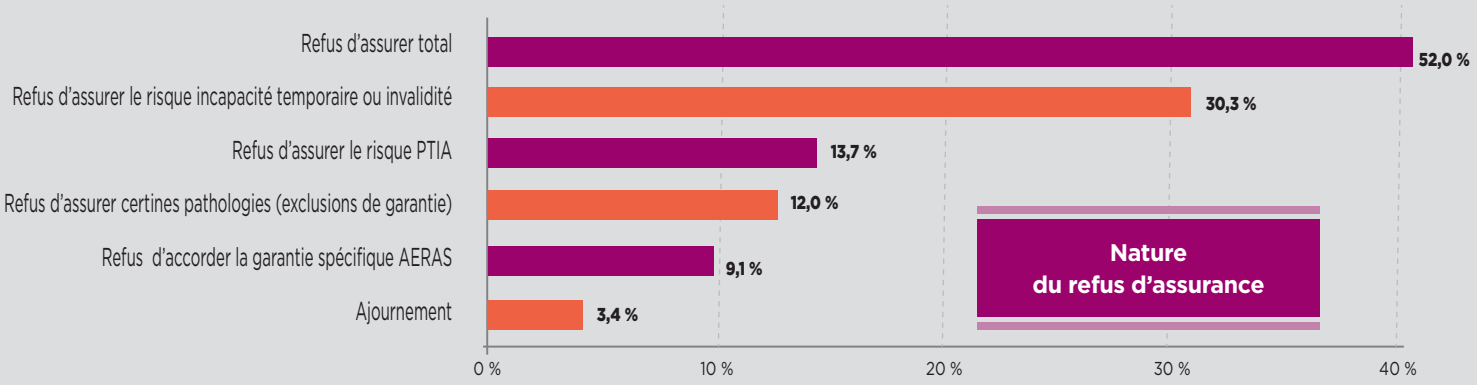
Les outils de la convention AERAS permettent-ils de répondre de manière effective aux problématiques exprimées par les candidats à l'emprunt ? Une mise en perspective des différentes dispositions prévues à l'aune des témoignages s'impose.

III.1. Les difficultés rencontrées au niveau des assurances

Les données en la matière sont sans ambiguïtés : une majorité écrasante des appels est motivée par des décisions de refus d'assurance :



3. Assurances et emprunts



Ces refus d'assurance peuvent porter sur l'intégralité des risques ou sur certains d'entre eux.

Cela n'est à proprement parler pas surprenant puisque la convention AERAS est très loin d'instaurer un droit généralisé à l'assurance. Certaines dispositions tentent toutefois d'en faciliter l'accès :

- L'examen au 3e niveau de la convention AERAS

Qu'est-ce que c'est ? :

La convention prévoit qu'en cas de refus d'assurance par l'organisme contacté par le candidat à l'emprunt, le dossier est transféré à un assureur du pool dit du 3ème niveau de la convention AERAS.

Ce 3ème niveau n'est accessible que si la part assurée de l'emprunt ne dépasse pas 320 000 € et que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Pourquoi c'est important ?

D'un dossier à l'autre, d'un organisme assurantiel à l'autre, l'évaluation peut s'avérer substantiellement différente. Le recours à ce 3ème niveau peut permettre d'avoir un réexamen de sa situation comportant une issue plus favorable.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

• Les conditions d'éligibilité du 3ème niveau sont restrictives. Au regard de celles-ci environ 15% de nos interlocuteurs en sont exclus principalement pour des raisons tenant à leur âge ;

• Le processus global d'instruction des demandes parait complexe ;

• Les candidats à l'assurance pensent à tort que l'examen au 3ème niveau va leur permettre de manière certaine de bénéficier d'une proposition ;

• Dès lors qu'une proposition est faite par les assureurs en matière d'assurance décès, le dossier n'est pas transmis au 3ème niveau de la Convention AERAS. Or, en l'absence de garantie invalidité, les banques refusent fréquemment le prêt et l'assurance décès ne sert donc strictement à rien.

> *Nous avons signé un compromis de vente mon compagnon et moi-même. Je présente un risque aggravé de santé, une sclérose en plaque sans critère de sévérité. La banque nous a fait comprendre qu'il valait mieux prévoir une délégation d'assurance et nous avons donc contacté plusieurs assurances.*
> *À ce jour malgré tous mes efforts plusieurs compagnies m'assurent seulement au décès et tout le reste est refusé. Je voudrais bénéficier d'une assurance invalidité mais aucune n'a transféré mon dossier au 3ème niveau. La banque m'a d'ores et déjà prévenu que sans assurance invalidité je n'aurai pas le prêt.*

- Le droit à l'oubli

Qu'est-ce que c'est ?

Intégré à la Convention et encadrée législativement, il est établi désormais que ne peuvent plus être recueillies les informations médicales relatives aux pathologies cancéreuses dont la fin du protocole thérapeutique date de plus de 10 ans. En ce qui concerne les pathologies cancéreuses intervenues avant l'âge de 18 ans, ce seuil est abaissé à 5 ans. Les assureurs ne doivent alors plus poser la question au-delà de ces périodes et ne pas tenir compte des informations éventuellement recueillies.

Pourquoi c'est important ?

Avoir le droit de garder le silence sur un évènement médical passé et surmonté et empêcher les organismes d'assurances d'en tirer prétexte pour exclure ou « surprimer » constituent une avancée fondamentale pour les personnes concernées.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

• Des témoignages, certes isolés, font remonter la prise en compte d'éléments dont l'assurance n'aurait pas dû tenir compte :

> *J'ai eu un cancer du sein il y a 12 ans et je suis en recherche de prêt immobilier. J'avais donc droit de bénéficier du droit à l'oubli mais j'ai déclaré ma pathologie car, sur le formulaire de questionnaire de santé de l'assureur, il était écrit que l'on devait déclarer toute pathologie dont on aurait été atteint sur les 15 ans passés. Du coup, je dois faire face à un refus d'assurance.*

> *Ma fille a eu un cancer quand elle était toute petite. Elle avait 1 an puis elle a fait une récidive à l'âge de 3 ans. Elle a 21 ans et fait un emprunt immobilier. L'assurance refuse de l'assurer sur le risque invalidité et n'assure que le risque décès.*

• Le témoignage précédent met aussi en évidence que les questionnaires de santé n'ont pas encore tous intégré les dispositions du droit à l'oubli.

• Si le droit à l'oubli permet de ne plus prendre en compte le cancer passé, les séquelles éventuelles restent un élément d'appréciation de nature à entraîner des conséquences préjudiciables en matière d'accès à l'assurance.

> *Je pensais relever du droit à l'oubli et avoir accès à une assurance, J'ai eu un cancer de la thyroïde dont le traitement thérapeutique a pris fin il y a plus de 10 ans. Mais j'ai un questionnaire de santé sous les yeux et deux questions me posent difficultés :*
> *- prenez-vous un traitement médicamenteux ?*
> *La réponse est oui puisque je n'ai plus de thyroïde à cause du cancer, du coup, je prends un traitement contre l'hypothyroïdie.*
> *- avez-vous été en ALD au cours des 15 dernières ALD ? Mon traitement contre le cancer a pris fin, il y a plus de 10 ans mais j'ai été en ALD jusqu'à il y a 5 ans pour le suivi.*
> *Qu'est-ce que je réponds à ces questions ?*
> *Je ne comprends pas bien le droit à l'oubli... Là, c'est la triple peine pour moi, quand même : le cancer, le défaut de thyroïde, et maintenant la surprime assurantielle ! C'est vraiment injuste.*

• En raison d'une forte médiatisation, la question de l'accès à l'assurance est désormais bien souvent envisagée par nos interlocuteurs sous le prisme exclusif du droit à l'oubli, ce qui génère un sentiment d'incompréhension pour les personnes ayant été atteintes d'autres pathologies que le cancer.

> *Je suis en train de faire des démarches pour avoir un prêt immobilier. Je suis assez surprise par une réponse de l'assurance qui m'impose une exclusion de garantie. Dans son questionnaire on me demandait si j'ai déjà fait l'objet d'une hospitalisation au cours de mon existence. En fait, j'ai été hospitalisée en psychiatrie pendant mon adolescence à 14 ans, il y a plus de 10 ans maintenant mais je ne me rappelle pas exactement de ce qui m'est arrivé. Est-ce que l'assureur est en droit de remonter aussi loin. J'ai entendu parler du droit à l'oubli, pourquoi pour certains et pas pour d'autres ?*

- Les grilles de référence

Qu'est-ce que c'est ?

La Convention AERAS prévoit l'existence d'une grille de référence opposable aux assureurs et permettant le bénéfice d'une assurance sans surprimes ni exclusions ou dans des conditions se rapprochant des conditions standards. Cette grille a vocation à évoluer et intégrer de nouvelles pathologies au fur et à mesure des travaux. Au 31 décembre 2017, les pathologies concernées étaient : certains cancers dont le traitement a pris fin avant les 10 ans prévus par le droit à l'oubli (certains cancers du testicule, du sein, du col de l'utérus, du côlon et du rectum, de la thyroïde, des mélanomes de la peau, des lymphomes hodgkiniens), certains patients atteints de l'hépatite C ou du VIH.

Pourquoi c'est important ?

La logique du droit à l'oubli est peu adaptée aux pathologies chroniques. Pour autant, il est essentiel de faire en sorte que les avancées thérapeutiques considérables constatées ces dernières années puissent être prises en compte par les assureurs. L'établissement de grilles de référence constitue donc un instrument indispensable pour faire progresser réellement l'accès à l'assurance.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

• Pour bénéficier des grilles, il faut que le projet remplisse les conditions d'éligibilité prévues pour l'accès au 3ème niveau de la Convention AERAS. Comme évoqué précédemment, cela exclut une part non négligeable des bénéficiaires potentiels.

• Contrairement au droit à l'oubli, les bénéficiaires des grilles de référence sont dans l'obligation de déclarer leur pathologie. Ce point est source de beaucoup de confusions dans un contexte où les candidats à l'assurance craignent malgré les dispositions prévues que l'assureur prenne en compte défavorablement les informations fournies

> *J'ai un questionnaire de santé à remplir dans le cadre d'un emprunt immobilier. J'ai une des pathologies visées par les grilles de référence et je me demande s'il faut que je le déclare car j'ai entendu partout que le principe du droit à l'oubli c'était pouvoir ne pas le déclarer son ancienne maladie. Je préfèrerais, c'est plus sûr.*

• L'intégration de nouvelles pathologies se fait progressivement. Cela suscite de fortes attentes de la part de personnes dont les pathologies ne sont pas incluses dans la grille.

> *Quels sont les droits des personnes en légère insuffisance rénale à l'assurance emprunteur pour un prêt immobilier ? La Convention AERAS ne s'applique que pour nous refuser l'assurance. Je me sens comme une citoyenne de seconde zone !*

- L'écrêtement des surprimes

Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un mécanisme qui a pour objet de limiter la charge financière des primes, supportée par les personnes malades, sous conditions de ressources. Il permet la prise en charge de la partie de la prime d'assurance dépassant 1,4 point dans le taux effectif global du crédit.

Pourquoi c'est important ?

Les surprimes appliquées par les assureurs peuvent atteindre des montants très conséquents de nature à mettre le projet en péril.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Un taux de 1.4 point TEG constitue déjà un taux de surprimes très élevé.

> *J'ai un projet immobilier. J'ai reçu l'offre de prêt, tout allait bien. Mais quand est venu le moment de prendre une assurance de prêt, la limonade a tourné. En effet, j'ai une arythmie sinusale, c'est à dire pas grand-chose par rapport à certains, et là, je me retrouve avec un taux minimum de 1.5%. Tout aurait pu aller puisque je pouvais financer, mais non la banque refuse, parce que le taux d'assurance me fait dépasser le taux d'usure. Donc je ne peux plus emprunter, même si je peux financer.*

III.2. Les difficultés rencontrées au niveau des banques

- Les délégations d'assurance

Qu'est-ce que c'est ?

Les établissements bancaires proposent habituellement leur propre assurance de groupe. Afin de permettre aux emprunteurs de pouvoir solliciter d'autres assurances, la Convention AERAS puis la loi Lagarde (pour tous les candidats à l'emprunt) ont prévu l'obligation pour les banques d'accepter des assurances autres que les assurances de groupe dès lors que les garanties proposées sont équivalentes.

Pourquoi c'est important ?

D'un assureur à l'autre, l'évaluation du risque diffère, faire jouer la concurrence peut s'avérer indispensable pour trouver une réponse assurancielle satisfaisante.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

La mise en place de stratégies visant à dissuader le recours à la délégation d'assurance.

Alors que, évolutions législatives obligent, nous avions constaté une amélioration en la matière, plusieurs échanges nous semblent témoigner d'une recrudescence de pratiques pourtant explicitement prohibées. Elles se traduisent par le conditionnement de taux bancaires préférentiels en cas de « choix » de l'assurance de groupe par l'emprunteur ou bien encore le refus d'examiner la délégation d'assurance avant examen du dossier par l'assurance de groupe.

> *J'ai un projet d'achat d'appartement. Au départ, la chargée de clientèle m'a carrément conseillé de ne pas déclarer ma pathologie. Je n'ai pas cédé. J'ai donc eu une proposition de l'assurance de groupe de la banque assortie de surprimes. Je vous ai appelé et vous m'avez donné des coordonnées de différents courtiers spécialisés en risques aggravés. Grâce à eux, j'ai eu une autre proposition d'assurance beaucoup plus intéressante et avec de meilleures garanties de surcroît. La banque refuse de maintenir leur offre à l'appui de cette assurance, en me disant qu'il n'est pas certain que j'ai le même taux et que, après tout, je pourrais toujours changer d'assurance dans les 12 mois qui suivent... En plus, ils me disent qu'ils n'auront pas le temps de refaire une proposition avant l'expiration du délai, alors qu'ils m'ont fait perdre du temps, à essayer de me faire changer d'avis, donner de mauvais conseils. Je n'ai pas envie de céder !*

> *J'ai fait une demande de prêt et d'assurance. Ma banque a transmis mon dossier à l'assurance de groupe mais entre-temps j'ai contacté ma mutuelle en tant que fonctionnaire. Elle accepte de me prendre en charge sans exclusion ni surprise. Ma conseillère à la banque refuse la délégation au motif que je dois d'abord avoir la réponse de leur assurance de groupe.*

- Les garanties alternatives

Qu'est-ce que c'est ?

Ces garanties alternatives peuvent permettre l'octroi d'un prêt sans le recours à une assurance ou compléter les garanties d'une assurance partielle. Lorsque ces garanties présentent la même sécurité pour le prêteur, les établissements de crédit s'engagent, aux termes de la Convention AERAS, à les accepter. Ces garanties alternatives à l'assurance peuvent être constituées par exemple par des hypothèques, des valeurs mobilières, des contrats de prévoyance, d'assurance-vie, des cautions.

Pourquoi c'est important ?

La Convention AERAS n'offre d'aucune manière un droit à l'assurance. Or, ce défaut d'assurance est susceptible la plupart du temps d'entraîner le refus de prêt. L'acceptation de ces garanties alternatives permet ainsi de mener à bien son projet immobilier.

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Une effectivité douteuse.

La teneur des entretiens, le fait que Santé Info Droits soit souvent le premier interlocuteur à évoquer cette possibilité aux appelants nous fait douter des possibilités réelles des candidats à l'assurance de pouvoir bénéficier de ces dispositions.

> *Je suis conseillère bancaire. Je vous appelle avec mes clients car je suis scandalisée par les pratiques de mon réseau bancaire. Nous avons déposé une demande de prêt pour des travaux dans leur maison. Ma banque vient de refuser au motif qu'ils ont tous deux eu un refus de la part de l'assurance aux 3 niveaux de la Convention AERAS. Je ne trouve pas cela normal. Je précise qu'ils sont propriétaires de leur maison dont ils ont intégralement remboursé le crédit et que, par ailleurs, ils n'ont aucun problème au niveau du fonctionnement de leur compte. Une hypothèque pourrait tout à fait être envisageable. A priori, mon réseau refuse par principe les garanties alternatives. Que pouvons-nous faire ? Je viens d'avoir en ligne le référent AERAS de ma banque : la communication a duré 30 secondes, ce n'est pas très sérieux !*

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Assurances et emprunts » en 2017 :

Prêts à la consommation et accès à l'assurance

> *J'ai une sclérose en plaque et j'ai fait une demande d'assurance pour un prêt à la consommation de 24.500 euros sur 7 ans mais l'assurance a refusé de me garantir. Que puis-je faire ?*

Accès à la prévoyance

> *Où peut-on s'adresser pour avoir une prévoyance lorsqu'on a comme moi une maladie génétique. J'ai 27 ans et je suis interne en médecine ? J'ai essuyé plusieurs refus. Existe-t-il des organismes ou suis-je condamné à n'avoir aucune couverture en cas d'arrêt maladie.*

Litiges concernant la sincérité des déclarations

> *Mon assurance ne veut pas prendre en charge mes mensualités, et en plus, elle m'a viré d'office de son contrat. Donc je ne suis plus assurée. Je suis en arrêt depuis le 17 novembre 2015, reconnue en incapacité de travail suite à un cancer du sein et au traitement. L'assurance a constaté que je n'avais pas déclaré ma tension au moment de la demande de prêt, le dossier ayant été rempli entre mon mari et la conseillère à la banque. Je suis en arrêt pour un cancer, pas pour la tension. N'ayant commis aucune fraude, je ne sais plus vers qui me tourner. Pouvez-vous me donner des conseils ?*

Exclusions de garanties pour certaines pathologies

> *J'ai eu un accident du travail. J'ai été en arrêt maladie puis j'ai eu des douleurs diffuses. Il a été diagnostiqué qu'il s'agissait d'une fibromyalgie. Mon assureur refuse de la prendre en charge au motif qu'il s'agit d'une affection psychiatrique, exclue du contrat. Mon médecin m'a dit que ça n'avait rien de psy !*

Exclusions de garantie pour les pathologies antérieures à la conclusion de contrat

> *Il y a 3 ans, j'ai contracté une assurance pour couvrir un crédit automobile. Par la suite, en raison de maux de tête récurrents, mon médecin m'a arrêté et m'a diagnostiqué un burn out. J'ai ensuite été hospitalisé un mois et suis soigné depuis lors. Suite à cette hospitalisation et à une première expertise par le médecin conseil de l'assurance, la garantie a pu être mise en place. Or, en décembre 2016, l'assurance a mandaté une nouvelle expertise qui vient de conclure à l'antériorité de mon affection par rapport à la date du contrat. Du coup, l'assurance a cessé sa prise en charge sans pour autant me demander le remboursement des sommes versées depuis 2014. Je souhaite contester cette décision concernant l'antériorité car cela est faux mais j'ai peur des conséquences sur les sommes déjà versées.*

3. Assurances et emprunts

Difficulté d'accès et de mise en jeu des garanties des assurances-voyages

> *Nous avions pris des billets d'avion pour effectuer un voyage en famille que nous avons été contraints d'annuler en raison d'une récidive du cancer de mon fils. L'assurance nous refuse au motif qu'il ne s'agirait pas d'un aléa, ce que nous ne comprenons pas. Comment devons-nous faire ?*

Durée de traitement des dossiers de prévoyance par les organismes d'assurance

> *Je suis en arrêt de travail depuis plus de 3 mois. La prévoyance de mon employeur a pris le relais seulement au bout du 9ème jour d'arrêt de travail. Cependant, cette prévoyance n'est pas du tout régulière dans le paiement de mes indemnités. C'est censé être le complément de mon salaire chaque mois mais ce n'est pas le cas, en février je n'ai pas eu de paiement. Je suis obligé de passer par l'intermédiaire de mon employeur qui les relance mais cela ne change pas grand-chose. J'ai essayé de les joindre à plusieurs reprises mais la personne me répond que je dois voir avec mon employeur car le contrat de prévoyance est signé avec lui et pas avec moi, donc impossible d'avoir des informations. A ce jour, la prévoyance me doit au moins deux mois de retard, c'est pour cela que je reviens vers vous pour savoir s'il existe un moyen de leur mettre la pression et que cette prévoyance soit enfin à jour et me paye mes indemnités afin que je puisse retrouver une stabilité financière.*

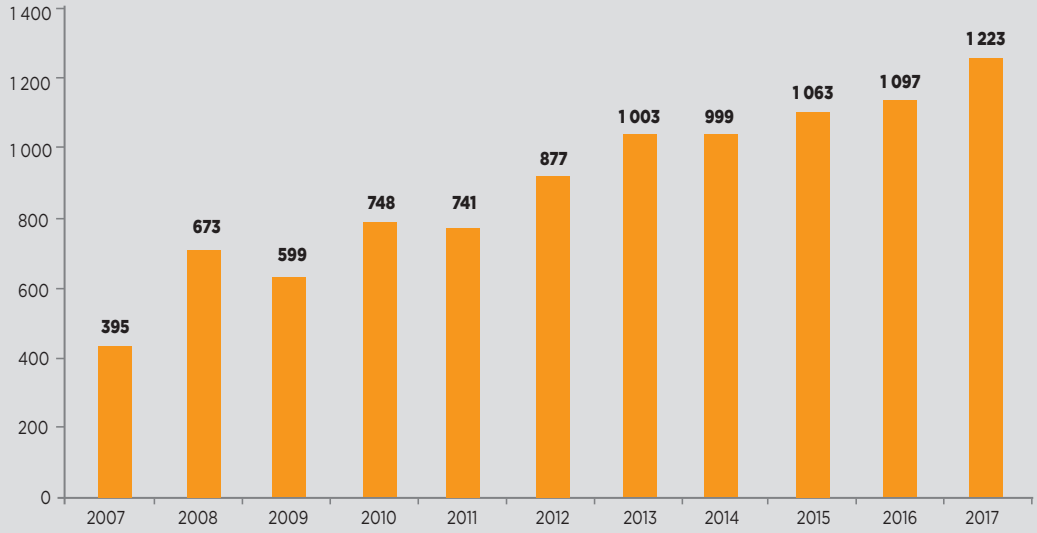
Conséquences de l'état de santé sur l'assurance automobile

> *On a découvert que je suis épileptique suite à une crise en juin 2015. Je peux reconduire, la préfecture m'y a autorisé en novembre 2016 ainsi que mon médecin du travail en janvier 2017. Je voudrais savoir si je dois en informer mon assurance automobile car j'ai un permis valide pendant un an à renouveler par la préfecture.*

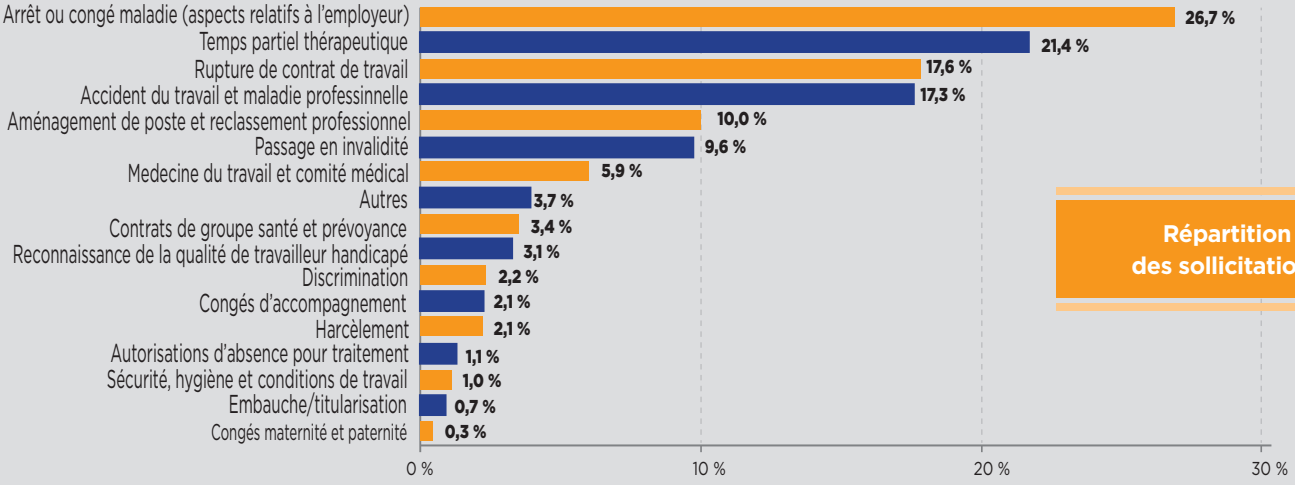
4. Santé et travail

Avec 1223 sollicitations en 2017, la thématique « Santé et Travail » poursuit sa progression. Pour la 3ème année consécutive, les questions relatives au droit du travail et à la santé sont en augmentation.

Cette thématique constitue plus d'1/10e des appels et mails reçus, ce qui illustre son enjeu pour les malades et leur(s) proche(s).



Évolution du nombre de sollicitations



Répartition des sollicitations

L'équipe de Santé Info Droits est régulièrement sollicitée pour des questions relatives aux congés payés. Si cela ne ressort pas des statistiques ci-dessus, c'est qu'elles se répartissent au sein de sous-thématiques, telles que les arrêts maladie ou le temps partiel thérapeutique. C'est l'impact de ces dispositifs sur les droits à congés qui rend ce focus intéressant de par sa transversalité, son universalité (car tous les salariés ont des droits à congés payés) ainsi que son actualité jurisprudentielle.

En effet, la Cour de cassation a eu l'occasion de se prononcer en la matière en septembre 2017.

IV. 1. Congés payés et arrêts maladie : quelle articulation ?

La maladie du salarié ou de l'agent peut impacter considérablement la prise de congés payés surtout lorsque ceux-ci s'absentent plus ou moins longuement pendant la période de référence.

Cette période est déterminée différemment en fonction du régime en question. Pour les salariés, le Code du travail prévoit qu'à défaut d'accord d'établissement, d'entreprise ou de branche, le point de départ de la période de référence est fixé au 1er juin de chaque année.

Pour les fonctionnaires, la période de référence correspond à l'année civile.

Une des premières préoccupations porte sur le **sort des congés payés acquis avant le début de l'arrêt et qui n'ont pas pu être pris.**

> *Je suis en congé de longue maladie (CLM) dans la fonction publique hospitalière. Est-ce que je pourrai prendre mes congés payés non pris après mon CLM ?*

La Cour de Justice de l'Union Européenne a toujours interprété l'obligation de permettre aux salariés de bénéficier d'au moins quatre semaines de congés payés comme impliquant la possibilité de reporter ces congés en cas de maladie.

Cette interprétation a donc été reprise par la Cour de cassation dans un arrêt rendu le **3 février 2010**.

Cette préoccupation concerne également la fonction publique :

> *« Je suis en rechute d'accident de travail dans la FPT. Je voudrais connaitre la référence de la circulaire sur le report du droit à congés payés car je rencontre des difficultés avec mon employeur pour qu'il respecte mes droits ».*

Sur le fondement de la décision européenne précitée, chacune des fonctions publiques a diffusé une circulaire par laquelle il est indiqué aux administrations d'appliquer un report automatique des congés non pris pour raison de santé au profit des fonctionnaires.

Par ailleurs, par un arrêt du **21 septembre 2017** dans la lignée de la jurisprudence européenne, la Cour de cassation a également précisé que la prise des congés pouvait être reportée de manière limitée si des dispositions ou des pratiques nationales le prévoient. Cependant, de tels textes ne peuvent prévoir un délai ne dépassant pas substantiellement la durée de la période de référence de prise des congés payés. Dans le contexte législatif français, la possibilité de report des congés payés ne saurait être limitée à un an. Elle doit dépasser de manière substantielle cette durée.

Il arrive également que le salarié tombe malade pendant la période de congés payés. Son état de santé ne lui ayant pas permis de bénéficier de vacances, certains salariés ou agents de la fonction publique se sont vus solliciter un report de ces quelques jours voire semaines de congés payés.

Cependant, la Cour de cassation, par un arrêt en date du 8 novembre 1994, a refusé de permettre au salarié de bénéficier d'une autre période de congé même non rémunérée.

S'agissant de la possibilité d'acquérir des congés pendant l'arrêt de travail :

> *Je suis en arrêt maladie dans le cadre d'une affection de longue durée et je me demande si j'acquiers quand même des congés payés pendant cette période.*

> *Etant en arrêt maladie pour maladie professionnelle, est-ce que mon employeur doit me transmettre ma fiche de paye tous les mois, (il le faisait jusqu'à maintenant, mais depuis quelques mois, plus rien malgré mes relances.) ? Et est-ce que je continue de valider mes congés payés même après 1 an d'arrêt pour maladie professionnelle ?*

Il est prévu à **l'article L3141-5 du Code du travail** que certaines absences sont considérées comme du temps de travail effectif pour le calcul de la durée des congés acquis :

- congés pour maternité (le congé paternité et le congé d'adoption ne sont pas cités par les textes mais semblent devoir être assimilés au congé pour maternité) ;
- congés pour événements familiaux (naissance, mariage, décès, etc.) ;
- congés de formation professionnelle ;
- absences pour accident du travail et maladie professionnelle, dans la limite d'un an ;
- périodes de maintien ou de rappel sous les drapeaux et journée d'appel de préparation à la défense.

Ainsi, les suspensions de contrat de travail en lien avec une affection d'origine non professionnelle ne sont pas considérées comme du temps de travail et, à ce titre, ne peuvent donner lieu à l'acquisition de congés payés.

Cependant, certaines conventions collectives assimilent les périodes d'arrêt maladie à du travail effectif.

IV.2. Congés payés et temps partiel thérapeutique

La question des congés payés en cas de temps partiel thérapeutique pose particulièrement problème sous différents angles.

Sur le nombre de congés payés acquis en temps partiel thérapeutique

Voici une sollicitation illustrant la préoccupation des appelants de la ligne :

> *Je me permets de vous déranger pour poser une question à laquelle personne n'a pu répondre. Je reprends le travail à temps partiel thérapeutique après un arrêt suite à un accident du travail. Mon temps de présence dans l'entreprise sera de 50% pour 3 mois de temps partiel thérapeutique. L'acquisition des congés payés sur la période de temps partiel thérapeutique se fait-elle sur la base d'un temps*

complet (2,5 jours ouvrables/mois) ou sur la base du 50% (1,25 jour ouvrable/mois) ? Il y a rien là-dessus dans notre statut ni dans notre règlement intérieur et la CPAM n'a pas pu me renseigner.

L'article L3141-3 du Code du travail n'opère pas de distinction selon la quotité du travail du salarié. Temps partiel thérapeutique et temps partiel déconnecté de l'état de santé sont donc soumis à la même règle. Le salarié acquiert donc autant de jours qu'une personne à temps plein.

Pour les agents de la fonction publique, l'administration a prévu par le biais d'une circulaire que les droits à congé annuel et des jours accordés au titre de la réduction du temps de travail d'un fonctionnaire en service à temps partiel thérapeutique sont assimilables à ceux d'un agent effectuant un service à temps partiel de droit commun.

Or, les congés annuels des agents à temps partiel sont calculés au prorata des jours travaillés.

Sur la rémunération des congés payés pendant le temps partiel thérapeutique

Les personnes visées ici ont acquis leurs droits à congés payés alors qu'elles travaillaient bien souvent à temps plein. Or, elles doivent liquider ces congés pendant une période où elles bénéficient d'un maintien d'une partie de leurs indemnités journalières par la sécurité sociale. Elles sont soumises à ce titre à certaines obligations pouvant apparaître contradictoires.

Les témoignages suivants illustrent certaines de ces situations :

Je suis en mi-temps thérapeutique et mon employeur me demande de solder mes congés. J'ai le droit de les prendre pendant mon mi-temps ? Est-ce que la sécurité sociale va continuer à me verser des indemnités journalières ?

Je suis en arrêt maladie et j'envisage de reprendre à temps partiel thérapeutique. Mon employeur souhaiterait que je prenne les 9 jours de congés qui me restent avant de démarrer ce temps partiel thérapeutique mais je me demande si cela est possible sans mettre en échec ce dispositif ?

Je suis actuellement en convalescence suite à une opération d'une tumeur au cerveau! Je vais reprendre bientôt mon emploi peut être en mi-temps thérapeutique, serais-je payé à mi-temps ou à temps complet ? Aurais-je droits à mes congés payés ou sont-ils perdu parce que je serai en temps partiel thérapeutique ?

Je suis agent public de l'Etat, employé par le Pôle emploi. Je suis en temps partiel thérapeutique depuis 2 mois et je dois prendre mes congés payés. Mon employeur m'informe qu'il continuera de me payer à temps partiel. Est-ce normal ? J'ai acquis ces congés payés sur une période de travail à plein temps.

Les textes de droit du travail ou de droit de la Sécurité sociale sont silencieux sur les congés payés pendant le temps partiel thérapeutique.

Si on peut penser qu'il n'est pas interdit de poser des congés payés pendant un temps partiel thérapeutique, les imbrications entre dispositions relevant du code du travail et celles dépendant des règles de la sécurité sociale sont toutefois de nature à laisser une large place à l'interprétation et l'incertitude en la matière.

Le temps partiel thérapeutique est à certains égards un arrêt de travail puisque le salarié continue de bénéficier d'indemnités journalières. Les retours des usagers sur le sujet mettent en évidence que les caisses de sécurité sociale ont des pratiques divergentes.

Certaines considèrent que la prise de congés payés n'est pas incompatible avec le temps partiel thérapeutique.

D'autres caisses considèrent que cela est incompatible et suspendent le temps partiel thérapeutique le temps des congés payés – le temps partiel reprenant automatiquement à l'issue du congé.

D'autres encore ont la même position et considèrent qu'il convient de faire une nouvelle demande de temps partiel thérapeutique à l'issue du congé.

Le traitement erratique de ce sujet est source de complications pour les salariés et pour les employeurs. Assurer une plus grande fluidité juridique du temps partiel thérapeutique est le meilleur moyen d'en favoriser le recours.

Dans un contexte où les employeurs peuvent être décisionnaires en matière de dépôt de jour de congé payés, d'autres aspects sont susceptibles d'entraîner des complications.

Il est prévu **à l'article 37 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations** que : « *Durant la maladie, le malade ne doit pas quitter la circonscription de la section ou du correspondant de la caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation préalable de la caisse. La caisse peut autoriser le déplacement du malade, pour une durée indéterminée, si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou par convenance personnelle justifiée du malade et après avis du médecin conseil.* »

En application de ce texte, si le salarié veut quitter le territoire de sa circonscription (c'est-à-dire son département de résidence) pendant ses congés payés, il lui appartient d'en avertir la caisse avant son départ afin que le versement des indemnités journalières ne soit pas interrompu au risque que la caisse émette un refus.

Sur le détournement des congés payés par les employeurs face à la complexité des dispositifs.

> *Je travaille en temps partiel thérapeutique. Normalement je dois faire 4 heures par jour. Etant dans la fonction publique, je dois faire la moitié de 39 heures hebdomadaires. Mais mon employeur ne me fait pas faire ces 4 heures journalières et il m'impose des congés et RTT pour combler les heures qui manquent. Qu'est-ce que je peux faire ?*

> *Je suis en arrêt maladie. Je dois reprendre le travail en temps partiel thérapeutique dans quelques jours. Mon employeur voulait organiser la visite de reprise mais comme le médecin du travail est en vacances, il a été obligé de reporter. Il me propose de poser des CP en attendant. Il en a le droit?*

En temps partiel thérapeutique, la visite de reprise présente un intérêt particulier. En effet, c'est à cette occasion que le médecin du travail se prononcera sur l'organisation des missions du salarié. Aussi, bien que l'employeur ne soit pas tenu de l'organiser le jour de la reprise, il est de sa responsabilité de faire en sorte qu'elle ait lieu dans les plus brefs délais (dans les 8 jours pour les salariés du privé). En cas d'impossibilité, les juges ont eu l'occasion de préciser les droits des salariés.

Il ressort des exemples reproduits ci-dessus que les congés payés sont parfois détournés de leur usage principal (permettre au salarié ou à l'agent de se reposer) pour compenser une absence qui aurait pu être mise à la charge de l'employeur.

La Cour de cassation, par un arrêt du **23 septembre 2014**, a jugé que : dès lors qu'à l'issue d'un arrêt de travail, le salarié se tient à la disposition de l'employeur pour reprendre son poste, ce dernier, en cas de défaillance, est tenu de lui verser un salaire. La Cour de cassation a en outre indiqué que l'employeur ne pouvait, dans ce cas de figure, imposer au salarié de prendre ses congés payés en attente de reprise du travail.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et travail » en 2017

Accident du travail et maladie professionnelle

> *J'ai subi une agression sur mon lieu de travail qui a été reconnue en accident du travail par le tribunal des affaires de Sécurité sociale. A mon retour, l'employeur m'a remis dans le même service que l'agresseur. J'ai été harcelé. Je voudrais faire jouer la faute inexcusable. Comment faire?*

Aménagement de poste et reclassement professionnel

> *Je suis éducatrice spécialisée et j'ai la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). J'ai obtenu la RQTH pour diminuer mon temps de travail. J'ai repris en temps partiel thérapeutique en attendant la pension d'invalidité. J'ai rencontré le médecin du travail qui m'a déclaré apte à la reprise du travail en temps partiel. Mon employeur n'est pas d'accord avec une telle reprise alors même qu'il y a plusieurs temps partiels dans l'association. L'employeur a même parlé de me licencier. En a-t-il le droit ? Si oui, sur quel fondement ?*

Arrêt maladie

> *Je suis en arrêt maladie depuis deux ans et je souhaitais savoir si je pouvais néanmoins bénéficier des avantages du comité d'entreprise ?*

Autorisations d'absence pour traitement médical

> *Mon fils de 7 ans handicapé à plus de 80% doit aller régulièrement chez l'orthophoniste. Comme je n'ai pas le permis de conduire, c'est mon mari qui l'accompagne, mais cela commence à poser des problèmes avec son employeur. Que pourrions- nous envisager ?*

Congé d'accompagnement d'un proche malade ou handicapé

> *Le conjoint d'une de mes salariées vient de se faire diagnostiquer une leucémie. Je souhaite l'aider à aménager son poste pour être disponible pour son conjoint comme elle le souhaite. J'ai vu qu'il existe un congé de solidarité familiale mais je me demande comment, moi employeur, je dois déterminer que le mari de ma salariée est atteint d'une pathologie grave engageant le pronostic vital ? Je ne suis pas médecin !*

Congé maternité et paternité

> *J'ai eu mon premier enfant en 2012. L'an passé, j'ai eu une interruption de grossesse à 28 semaines d'aménorrhée. Je suis de nouveau enceinte et me demande ce que je dois déclarer à mon employeur qui va me payer mon congé maternité et se fera rembourser par la CPAM. S'agit-il d'une troisième grossesse // troisième enfant ?*

4. Santé et travail

Contrat de groupe santé et prévoyance

Mon fils à 20 ans, il travaille en CDI (environs 24 heures/semaine) dans une grosse chaine de restauration rapide. On lui dit qu'il faut qu'il souscrive à la mutuelle obligatoire de cette société. Or, nous avons la possibilité de le mettre sur ma mutuelle jusqu'à ses 28 ans. Il aurait une meilleure couverture que celle de base proposée par son employeur. Donc est-il possible de refuser et de fournir une attestation de ma mutuelle pour le dispenser ?

Discrimination

Je suis séropositive depuis 6 ans. Je travaille en cuisine. J'ai fait un malaise sur le lieu de travail. A cette occasion, mon employeur a découvert ma pathologie. J'ai peur qu'il me licencie comme il l'a fait par le passé. Que faire ?

Embauche et titularisation

Ma fille atteinte de schizophrénie vient de trouver un CDI comme préparatrice en pharmacie. Elle est encore en période d'essai et a des trous de mémoire à cause de ses traitements. Du coup, elle se demande si elle doit le dire à son employeur. Qu'en pensez-vous ?

Harcèlement

Je travaille dans un EHPAD. J'aimerais être accompagné par une structure parce que je suis harcelé par mon employeur depuis que j'ai dénoncé des maltraitances dans le service.

Médecine du travail et comité médical

J'ai un problème avec mon employeur et le médecin du travail. Je travaille dans une petite pièce avec des substances chimiques qui m'empêchent de respirer convenablement. Je ne peux pas travailler sans ouvrir les fenêtres mais en hiver je ne peux pas travailler dans ces conditions. J'en ai parlé à mon employeur mais il ne fait rien. Le CHSCT me conseille d'exercer mon droit de retrait et le médecin du travail ne fait rien non plus. Que pouvez me proposer d'autre?

Passage en invalidité

Je suis en invalidité de 1ère catégorie depuis plus d'un an. Mon employeur m'avait permis, dans ce cadre, de travailler à 50% de manière temporaire. Lors de ma dernière visite, le médecin du travail a dit qu'étant en invalidité de 1ère catégorie, je devrais travailler à 70% et non à 50%. Est-ce vrai ?

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

Je suis en affection de longue durée et en arrêt depuis 1 an et demi. J'ai reçu un coup de fil de l'assistante sociale de mon travail qui m'a dit qu'elle allait constituer un dossier pour reconnaissance de la qualité de travailleur handicapée. Cela me désarçonne un peu car je ne me suis jamais considérée comme handicapé. Est-ce que je suis obligé de faire cette démarche. Cette reconnaissance peut-elle avoir un impact négatif sur mon activité professionnelle ? Faciliter mon licenciement et rendre difficile mon retour à un nouvel emploi ?

Rupture du contrat de travail

J'ai été licenciée pour inaptitude. Cela signifie-t-il que je ne pourrai plus jamais travailler ?

Sécurité, hygiène et conditions de travail

Je suis atteinte d'un lupus. J'étais en arrêt maladie et je dois reprendre mon travail demain mais je crains de revenir car mes collègues avec lesquels nous partageons le bureau fument des cigarettes électroniques, ce qui est très nocif pour moi. Que puis-je faire?

Temps partiel thérapeutique

Je voudrais savoir si on pouvait bénéficier de plus d'un an de temps partiel thérapeutique au cours d'une carrière dans le secteur privé.

5. Accès et prise en charge des soins

Avec 1018 sollicitations en 2017, la cinquième thématique de Santé Info Droits portant sur l'accès et la prise en charge des soins constitue plus de 10% des questionnements des usagers de la ligne.

La plupart d'entre eux portent sur les droits des assurés afférents aux régimes d'assurance maladie, invalidité ou accident du travail et maladie professionnelle, qu'ils soient obligatoires (comme le régime général de la sécurité sociale ou la mutualité sociale agricole par exemple) ou qu'ils soient complémentaires.

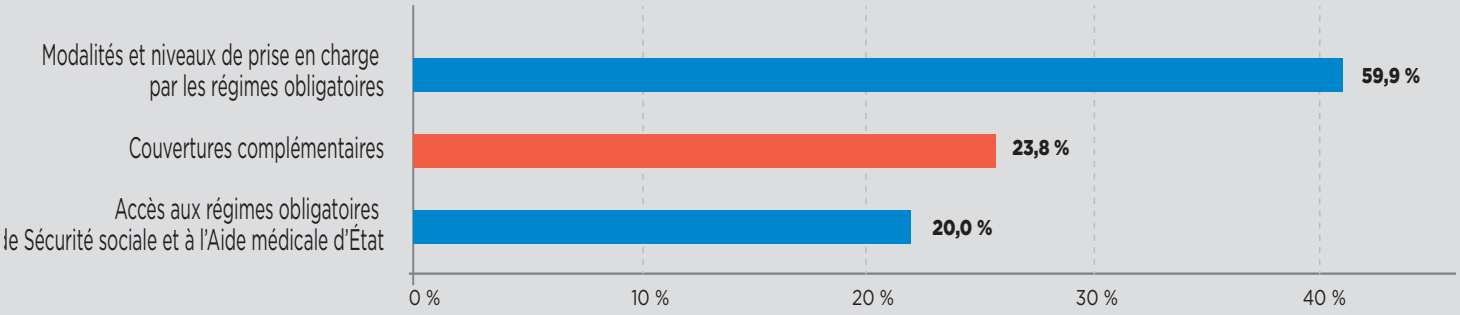
Les problématiques peuvent s'envisager chronologiquement :

Pour accéder aux soins, il faut d'abord nécessairement être affilié à un régime d'assurance maladie, soit en raison de son travail soit en raison de sa résidence stable et régulière sur le territoire. Il peut être demandé le paiement d'une cotisation dont le montant est fonction des ressources. Pour ceux qui ne peuvent être affiliés de la sorte, il est possible de bénéficier de dispositifs ad hoc.

Une fois le régime mis en œuvre, il convient au besoin d'en éprouver les bénéfices en accédant aux soins de santé et se faisant rembourser les frais engagés, s'il n'a pas été possible de se faire dispenser de l'avance des frais.

5. Accès et prise en charge des soins

Le régime général ne prenant pas en charge la totalité des frais engagés par les personnes malades, l'adhésion à un régime complémentaire devient aujourd'hui indispensable, soit par le biais de régime privé (comme les mutuelles ou les organismes d'assurances) soit par l'aide de la solidarité nationale comme la CMU complémentaire ou l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé).



Répartition des questionnements

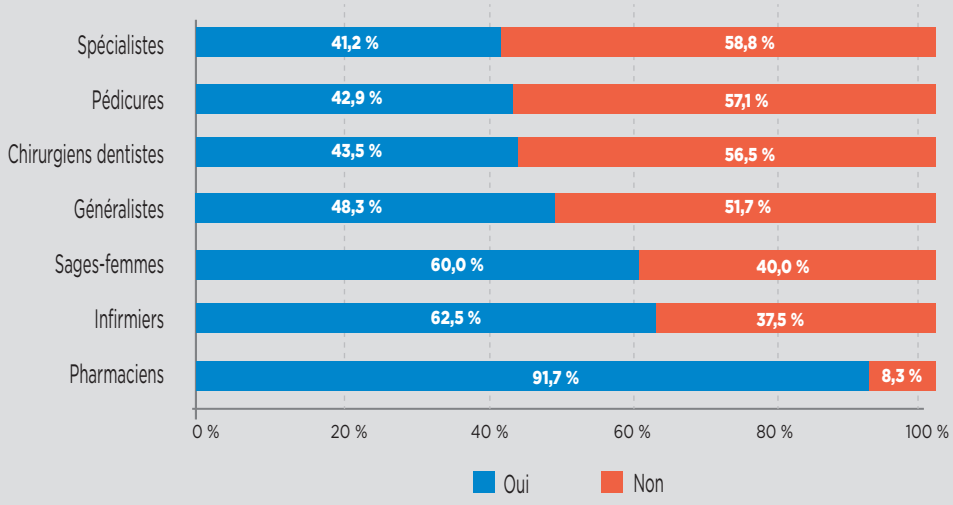
V.1. Tiers payant généralisé : un report synonyme de recul dans la lutte contre le renoncement aux soins

Le tiers payant est un dispositif qui permet aux assurés sociaux, sur présentation de leur Carte Vitale à jour, de ne pas avoir à avancer les frais de santé, lors d'une consultation chez un professionnel de santé, conventionné avec l'assurance maladie, lors de la délivrance de médicaments à la pharmacie, lors d'un transport sanitaire, à charge pour le professionnel de se faire rémunérer directement par l'Assurance maladie, via la télétransmission des informations.

En 2014, les usagers de Santé Info Droits, interrogés au cours d'une enquête flash, étaient 95% à soutenir l'introduction prochaine de cette mesure dans le paysage sanitaire (cf. rapport d'Observation de Santé Info Droits 2014).

Le tiers payant existait déjà pour des populations vulnérables que sont les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ou chez certains corps de métier comme les pharmaciens. Certains médecins le pratiquaient également auprès de leurs patients reconnus en affection de longue durée (ALD) :

Taux de pratique du tiers payant sur la part Sécurité sociale en 2014 auprès des répondants de l'enquête flash



La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est venue proposer sa généralisation progressive à l'ensemble de la population à la charge de tous les professionnels de santé, à échéance du 30 novembre 2017.

Presque deux ans étaient accordés aux régimes de sécurité sociale ainsi qu'aux professionnels de santé, et surtout aux médecins, pour se mettre en marche dans l'objectif attendu d'améliorer l'accès aux soins.

> *J'ai l'allocation adulte handicapé, 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.*

Ce bel élan soutenu par les associations d'usagers a été réduit à peau de chagrin lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : de généralisé en 2017, il est devenu généralisable à 2020.

Les difficultés techniques avancées comme arguments à ce report d'application traduisent les réticences des professionnels de santé et surtout des médecins, à l'informatisation, pour certains, à la fin de la monétisation de la relation soignants-soignés, pour d'autres.

Quoi qu'il en soit, on assiste, par là-même, au renoncement à une mesure d'équité en faveur de l'accès aux soins des plus démunis.

Certains professionnels en tirent de surcroît prétexte pour ne pas appliquer les dispositions déjà en vigueur.

> *Je suis en ALD mais la dispense d'avance de frais est refusée par le médecin généraliste «pour des raisons politiques».*
> *Quelle attitude adopter face à cela ? Je suis très mécontent de cette réponse et je me sens humilié.*
> *Y a-t-il une liste des médecins qui respectent la loi ?*
> *Je vais devoir aller à la recherche d'un nouveau médecin. Mon médecin fait partie du conseil de l'ordre.*
> *J'ai entendu dire que l'instance chargée de faire respecter ce texte est notamment composée des médecins du conseil de l'ordre.*

En effet, ce que la loi de 2017 n'a pas défait, c'est l'obligation d'appliquer le tiers payant à certaines catégories d'assurés sociaux, et notamment ceux qui ont le plus souvent recours aux soins et/ou qui se trouvent avec des revenus diminués en raison de leur situation médicale : personnes reconnues en affection de longue durée ou femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse, en plus des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME (aide médicale d'Etat).

Rappelons, enfin, que le tiers payant peut être appliqué volontairement par tous les professionnels à tous usagers.

Dans un contexte où le renoncement aux soins est une réalité aux conséquences délétères, non seulement humaines mais aussi budgétaires (les retards de prise en charge étant bien plus coûteux pour la sécurité sociale), un abandon de l'idée de tiers payant généralisé reviendrait à se priver d'un outil indispensable.

V.2. Retour sur la réforme des contrats responsables en matière de complémentaire santé : enquête flash de Santé Info Droits 2017

Lors du rapport d'observation de l'année dernière, il nous a été donné l'occasion de lister les caractéristiques des contrats responsables et solidaires et de faire part de nos inquiétudes en matière de couvertures santé pour les usagers : limitation des garanties contractuelles (notamment les dépassements d'honoraires), stabilisation du montant des cotisations (si ce n'est augmentation), pratiques commerciales abusives...

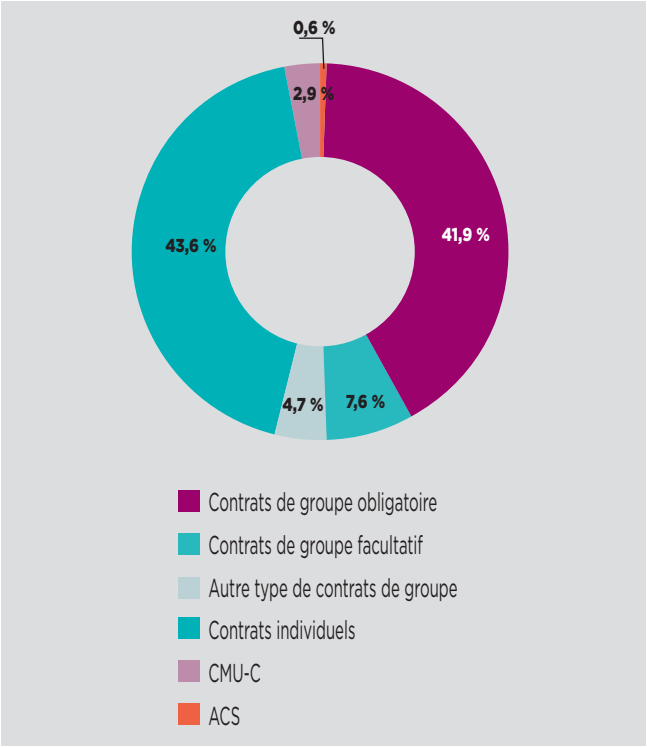
Il nous est donc apparu assez naturel de faire de cette question l'objet de notre enquête flash 2017.

Du 5 au 21 novembre ont ainsi participé 182 appelants de Santé Info Droits. En voici, croisés aux témoignages reçus tout le long de l'année, les principaux enseignements.

5% des répondants n'ont pas continué leur participation à l'enquête puisqu'ils ne bénéficiaient pas de complémentaire. Ce taux de couverture est similaire à celui déjà révélé par des enquêtes nationales, en revanche on note une forte amélioration par rapport à l'enquête flash que nous avions menée sur le même sujet en 2011, où près de 13% des personnes interrogées ne bénéficiaient pas de complémentaire santé.

Cette forte évolution trouve certainement sa source dans différents mouvements de mutualisation : ouverture de l'aide au paiement d'une complémentaire santé mais surtout généralisation des contrats de groupe obligatoires en entreprise.

En 2017, voici la répartition des types de contrat complémentaire santé telle qu'exprimée par les répondants:



Nous avons ensuite interrogé les appelants sur les modalités de leurs contrats :

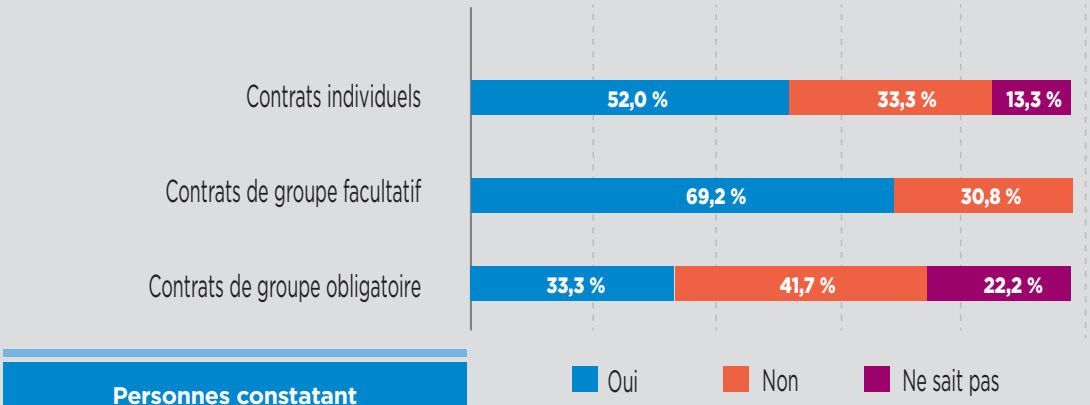
« *Avez-vous constaté une hausse de vos cotisations, ces derniers mois/années ?* »

A cette question si plus de 45% des personnes interrogées répondent par l'affirmative, les chiffres sont d'autant plus évocateurs lorsqu'il s'agit de décliner les réponses en fonction des types de contrats.

On comprend au détour de ces résultats que ces augmentations sont plus durement ressenties par les assurés qui paient la totalité de la cotisation comme c'est le cas des contrats facultatifs, individuels ou collectifs :

> *J'ai un problème avec ma mutuelle santé. Depuis 2008, je paie 190 euros pour ma femme et moi. Mais depuis le 1er janvier 2017 c'est un prélèvement de 396 euros alors qu'on ne m'a jamais demandé mon accord. Comment je fais ?*

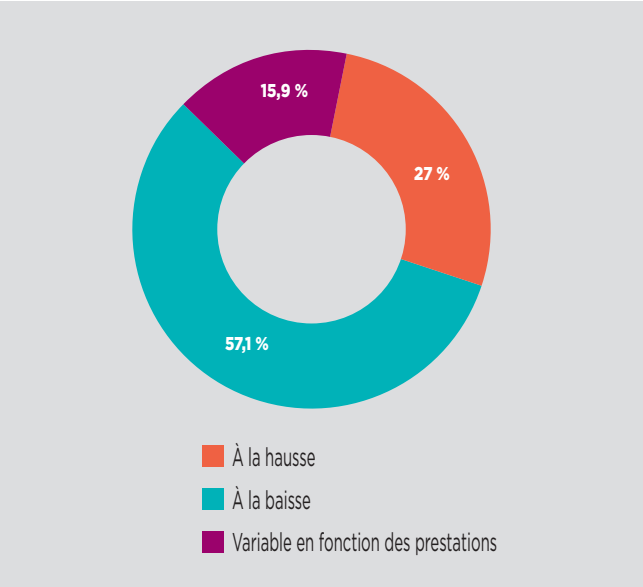
> *Dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, mon assureur me propose de payer 153 euros par mois alors que je payais 72 euros quand j'étais salariée. Je m'étonne.*



Personnes constatant une augmentation de leur cotisation selon la nature de leur contrat

Ces augmentations ne sont pas sans conséquences car plus d'un tiers des personnes interrogées ayant subi une augmentation de cotisation se disent prêtes à renoncer à leur complémentaire santé actuelle (80% pour un contrat moins onéreux et 20% renonceraient à toute complémentaire).

A la question « *avez-vous constaté une évolution des garanties de votre contrat ces derniers temps* », près de 40% répondent par l'affirmative. Parmi ceux-ci…



La réforme des contrats responsables intervenue en 2016 impose certaines garanties :

• Prise en charge illimitée, dans le temps, du forfait hospitalier ;

• Panier de soins en optique et en dentaire contraint :

> *J'ai une mutuelle via mon employeur. J'ai demandé un accord de prise en charge pour l'achat de lunettes pour mon fils et la mutuelle me l'a donné. Mais ils viennent de m'écrire en me disant que les garanties avaient changé au 1er janvier et que je devais leur rembourser 132 euros. Que faire ?*

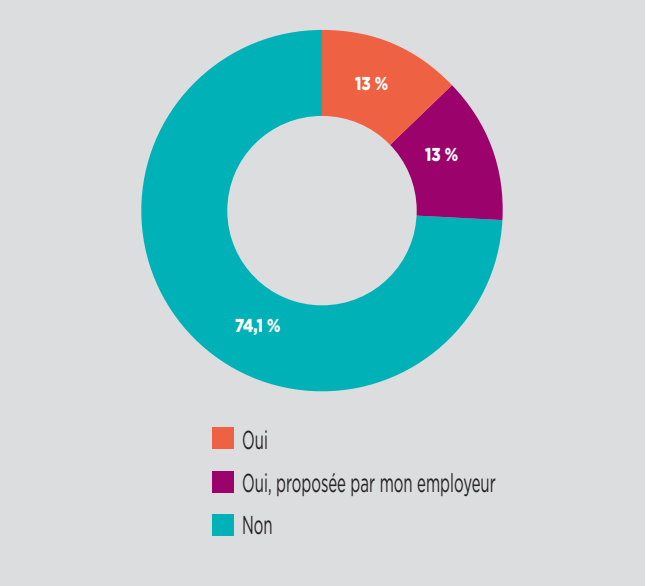
• Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins d'après une réglementation très complexe et très peu lisible pour les assurés :

> *Ma complémentaire santé prend en charge les dépassements d'honoraires à hauteur de 100% du tarif sécurité sociale lorsque le médecin n'est pas signataire du contrat d'accès aux soins [maintenant dénommé, option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM] et à hauteur de 400% quand il en est signataire. Je lui en ai parlé, il m'a dit qu'il n'était pas signataire du contrat, que personne à Paris n'en est signataire et que de toute manière, il n'est pas normal que la différence de prise en charge entre les signataires et les non signataires soit aussi importante.*

> *Ma mutuelle applique un taux de remboursement différencié en fonction des praticiens suivants qu'ils sont ou non signataires du contrat d'accès aux soins. Or, la mutuelle l'applique alors même qu'elle ne m'a pas informé de ce changement et que je n'ai jamais signé aucun contrat modificatif. Que puis-je faire ?*

> *Je me permets de vous contacter pour avoir une précision concernant l'alinéa 2 de cet article. Selon vous, pour un médecin non CAS [OPTAM], est-ce que le remboursement par la mutuelle santé est plafonné à 100% ou bien devons-nous prendre celui pratiqué pour les médecins CAS moins 20%? Je ne suis pas clair sur ce point.*

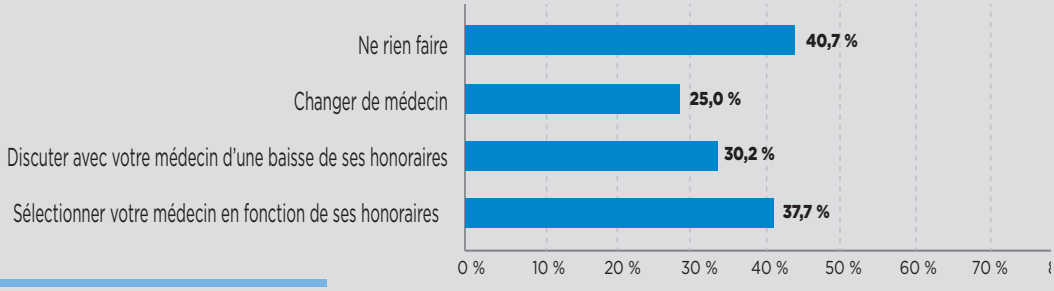
Cette diminution du niveau des garanties a conduit certains des répondants à adhérer à une sur-complémentaire santé :



On remarque que dans 13% des cas, c'est l'employeur qui s'est fait l'agent promoteur des organismes de complémentaires santé engagés dans une politique commerciale visant notamment à proposer des garanties supplémentaires.

Enfin, il nous est apparu utile d'interroger les participants sur l'influence que peut avoir cette réforme des contrats responsables sur leur relation avec les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

5. Accès et prise en charge des soins



La limitation apportée par les contrats responsables pourrait vous conduire à :

Alors que l'instauration des limites contractuelles était motivée par la création d'un cercle vertueux en matière tarifaire, 40% des personnes ne sont pas prêtes à modifier leur pratique. On note pour l'heure des résultats mitigés de la réforme en matière de changement de comportement des patients et encore moins de réduction du montant des honoraires des médecins

Diverses raisons peuvent être évoquées:

Des appelants qui sont dans la préservation du lien avec leur médecin soignant et du statut des médecins en général:

> *Les médecins qui me suivent m'ont sauvé la vie. Je ne peux pas leur reprocher. Ils sont très investis. A partir de combien on considère que les gens sont bien/trop payés ?*

> *Si mon médecin est très compétent, je suis prêt à payer malgré le dépassement car il vaut mieux avoir la santé que de l'argent.*

Des appelants en difficulté pour aborder des questions d'argent :

> *J'ai honte de demander à mon médecin de diminuer le montant de ses honoraires.*

> *Les médecins ne sont pas des marchands de tapis.*

Des appelants qui n'ont pas le choix :

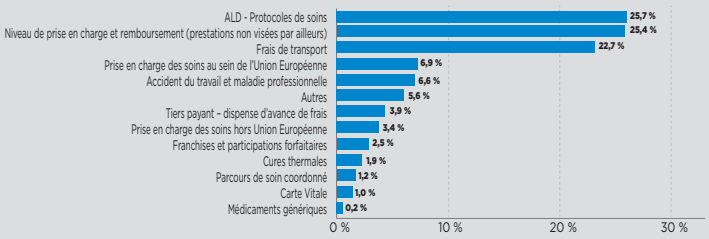
> *Je suis dans un désert médical. Si je trouve un médecin disponible pour me soigner, c'est déjà une bonne chose.*

> *Je suis en alternance et pas très bien couverte. Du coup je choisis mes médecins en fonction du montant de leurs honoraires.*

> *Vu mes revenus mensuels, je suis toujours à la recherche de non dépassement d'honoraires.*

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2017

Parmi les questions de « Modalités et prise en charge des soins »



Affection de longue durée et protocole des soins

> *Je suis actuellement en dépression et la pharmacienne me dit que je suis à 100%. Pourtant je paye toujours une partie des médicaments et je ne comprends donc pas pourquoi. Qu'en est-il ?*

Frais de transport

> *Je suis assistante sociale en milieu hospitalier. Nous allons prendre en charge, en vue d'une greffe, un enfant atteint de drépanocytose qui vit actuellement en Guyane. Les frais de transports des parents accompagnants sont-ils susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance maladie ?*

Prise en charge des soins à l'étranger (au sein de l'Union Européenne ou hors Union Européenne)

> *Je vous appelle pour une personne qui est partie en vacances en Autriche et a bénéficié sur place de ses dialyses. Avec la carte européenne d'assurance maladie les frais de dialyse ont été pris en charge mais pas les frais de transport entre son domicile sur place et le centres de dialyse. La MGEN lui refuse le remboursement. Que peut-elle faire ?*

> *Je suis français, je bénéficie d'une pension d'invalidité du système français. Je vis maintenant au Maroc mais je n'ai pas de prise en charge alors que normalement je devais avoir des droits. La caisse française doit envoyer un formulaire à la caisse marocaine mais elle ne le fait pas.*

Accident du travail et maladie professionnelle

> *J'ai été arrêté plusieurs années à la suite d'un accident du travail. Je vais être consolidé avec séquelles. Est-ce que les soins que j'aurai par la suite seront toujours remboursées comme des accidents du travail?*

Franchises et participation forfaitaires

> *Je suis en ALD et je réalise que la CPAM dépasse les plafonds de 50 euros pour les franchises médicales et les participations forfaitaires. Ils me disent qu'ils récupèrent sur l'année précédente. Je ne comprends pas.*

Cures thermales

> *Je suis en accident du travail et mon employeur me suggère de faire une cure thermale. Je me demandais si c'était possible dans le cadre de l'accident du travail et quelle sera la couverture des frais par l'assurance maladie ?*

Parcours de soins coordonné

> *Je voudrais faire un détartrage et ça sera la première fois et je voudrais savoir les prix qui sur internet sont de minimum 23€ et je voulais savoir si c'est le prix d'une dent ou pour tout? Et aussi je n'ai pas encore un médecin traitant est ce que je peux choisir un dentiste comme médecin traitant ?*

Carte Vitale

> *Je n'ai pas encore de Carte Vitale mais j'ai présenté mon attestation d'affiliation à la Sécurité sociale qui ne suffisait pas pour le pharmacien qui a alors refusé d'appliquer le tiers payant.*

> *Je suis allé dans une autre pharmacie qui ne me connaissait pas. Le pharmacien a vérifié auprès de Sécurité sociale et a fait passer le remboursement en manuel....*

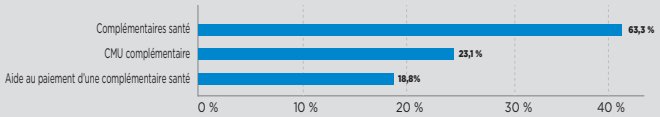
Niveau de prise en charge et remboursement (autres que visés ci-dessus)

> *Je suis une adulte et j'ai un traitement d'orthodontie. Comme j'ai dû faire une opération maxillo-faciale, j'ai eu un semestre de prise en charge mais qu'en est-il des semestres de contention ?*

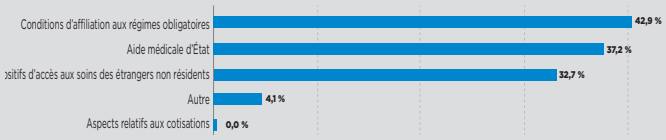
> *Je suis diabétique et compte-tenu de ma difficulté à anticiper les moments d'hypoglycémie, mon diabétologue me conseille d'opter pour un capteur de glycémie, permettant de vérifier en permanence le taux de glycémie. Ce capteur coûte environ 130€ par mois, ce qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale ni par ma mutuelle. Y a-t-il des possibilités de financement que je puisse trouver?*

5. Accès et prise en charge des soins

Parmi les questions de « Couvertures complémentaires »



Parmi les questions de « Accès aux régimes de Sécurité sociale et à l'AME »



Complémentaire santé

Ma question concerne l'article 4 de la loi Evin (maintien des garanties frais de santé).
J'ai été licenciée pour inaptitude. Je perçois une pension d'invalidité. Non inscrite à Pôle Emploi, la mutuelle de mon ancien employeur me refuse la portabilité.
J'ai alors demandé à bénéficier à titre individuel du dispositif de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 N°89-1009 qui prévoit la possibilité de maintenir les garanties collectives en cas de rupture du contrat de travail au bénéfice des anciens salariés, avec une augmentation des cotisations limitée à 50%. Je voulais savoir si ce dispositif s'applique également aux ayants droit de l'ancien salarié ?

CMU Complémentaire

J'ai fait une demande de CMU-C il y a 6 mois à la MSA. Et depuis, ils font trainer les choses, ils n'arrêtent de me demander de nouvelles pièces complémentaires... Ça n'arrête pas, alors que je n'ai aucune ressource, il n'y a que ma femme qui travaille en tant saisonnière au SMIC. On a un enfant et bientôt un deuxième... Et on gagne 8.000€ par an.
Je ne comprends pas pourquoi on n'a rien depuis tout ce temps.
L'assistante sociale ne m'aide pas du tout...

Aide au paiement d'une complémentaire santé

Je m'occupe d'une personne qui a l'ACS et qui est en maison de retraite et qui doit faire rectifier son appareil dentaire. Il y a un devis de 150€, je voudrais savoir si le dentiste est tenu d'adapter son devis au contrat ACS qu'elle a pris pour ne pas avoir d'avance de frais à faire ni de reste à charge.

Condition d'affiliation

Je suis français. Je suis marié à l'étranger.
On refuse d'affilier ma femme dans le cadre de la PUMA parce qu'elle n'est pas sur le territoire depuis plus de 3 mois. Elle est en situation régulière pourtant.
Je croyais que le délai de 3 mois n'était pas opposable aux conjoints qui viennent dans le cadre du regroupement familial.

Aide médicale d'Etat

Merci de bien vouloir me renseigner sur une question relative au bénéfice de l'AME. En effet, depuis le 7 juillet 2016, date de ma résidence en France d'une manière stable, mais irrégulière, je lutte pour avoir l'aide médicale d'Etat. Je remplis toutes les conditions prévues par les textes. Mais l'assurance maladie ne cesse de me demander une attestation d'affiliation ou non affiliation de la part de la Caisse de Sécurité Sociale Algérienne. Or je me trouve dans l'impossibilité d'avoir ce document après plusieurs démarches.

Dispositif d'accès aux soins des étrangers non-résidents

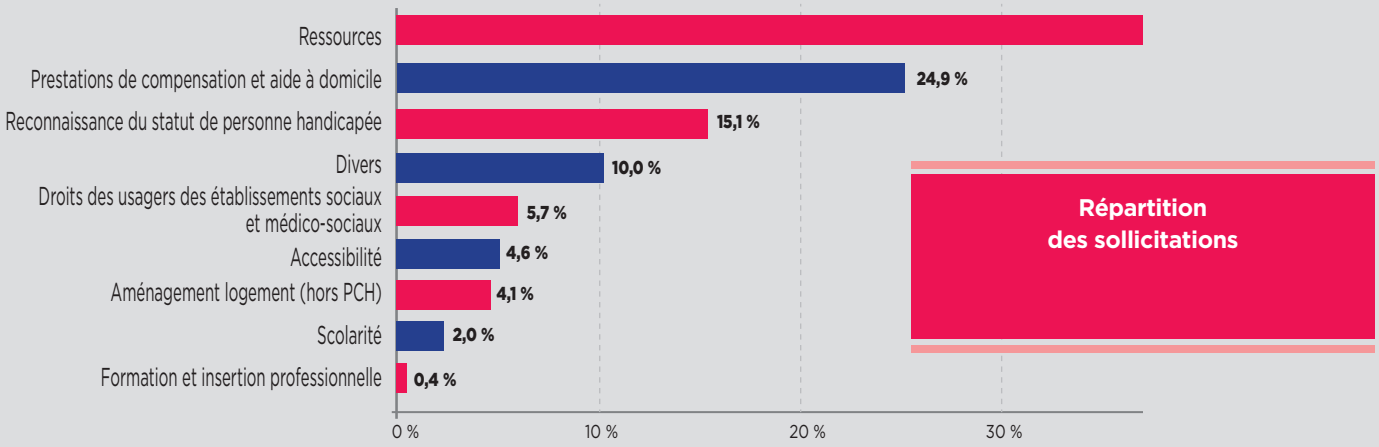
Je vous appelle pour mon neveu, âgé de 2 ans et demi. Il est en Ouzbékistan et a un cancer. Il est suivi par chimio mais doit faire une greffe de moelle osseuse qui n'est pas envisageable là-bas. Comment peut-il faire ? L'hôpital m'a donné un devis et me dit qu'on doit pouvoir payer avant de le faire venir.

6. Handicap et perte d'autonomie

Avec 461 sollicitations reçues sur la ligne, les questions relatives au handicap et à la perte d'autonomie constituent la sixième thématique évoquée par les usagers de Santé Info Droits.

Les échanges portent pour presque un appel sur deux sur les ressources des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

6. Handicap et perte d'autonomie



A cet égard plusieurs observations s'imposent :

• Il est frappant de constater que, pour nombre d'appels, plutôt que d'être interrogés sur telles ou telles prestations, nous sommes face à des interlocuteurs perdus, isolés et à la recherche de solutions dans des circonstances où handicap et précarité sociale se conjuguent. De ce fait, nous nous retrouvons très souvent être les premiers à évoquer les différents dispositifs d'aide :

> *Je souffre d'un cancer depuis 2 ans et une fibromyalgie vient de m'être diagnostiquée. Quand je suis tombée malade, j'étais autoentrepreneur et je n'ai eu aucune aide. Je vis seule avec 2 enfants en bas-âge et j'ai survécu matériellement grâce à mes parents et ma famille. Aujourd'hui, je touche le RSA. Compte tenu de ma situation médicale mon médecin et moi-même pensons que je ne pourrai pas retravailler de sitôt. Est-ce que je peux prétendre à d'autres ressources ?*

• Les règles de calcul de l'allocation adulte handicapé (AAH) souffrent d'une complexité et d'une opacité qui prêtent à discussion et à confusion :

> *Assistant de service social au sein d'un hôpital psychiatrique, je me permets de solliciter votre conseil quant aux conséquences d'une donation familiale sur le droit au versement de l'AAH. En effet, malgré mes recherches, je ne trouve pas de réponse précise au problème que je rencontre. Par ailleurs, une demande d'informations auprès de la CAF ne me semble pas suffisamment fiable pour pouvoir vérifier la bonne viabilité du projet. En l'espèce, j'accompagne un patient titulaire de l'AAH dans un projet de retour à domicile par accès à la propriété réalisé grâce au soutien financier de sa famille. Dans la perspective de ce projet, la mère et la tante du patient lui ont fait un don manuel. La somme de ces dons permettra le règlement de l'acquisition du bien immobilier. Ayant pris mon poste récemment et ayant eu connaissance des modalités de réalisation de ce projet au cours des derniers jours, j'ai émis des réserves auprès de l'équipe soignante quant au risque encouru par l'intéressé de voir ces donations modifier le montant de son droit à l'AAH. Le contact téléphonique avec le notaire semble pour l'instant confirmer mes craintes, bien que celui-ci ne semble pas maîtriser le droit relatif au calcul de l'allocation adulte handicapé. Or, les conséquences de cette démarche sur les ressources du patient sont déterminantes dans la poursuite du projet. Je souhaiterais donc connaître votre point de vue sur les dispositions applicables à cette situation afin d'informer de la façon la plus adaptée possible cette famille dans le projet concernant son enfant.*

> *L'AAH de ma mère a été diminuée en janvier sans qu'aucune information ne nous ait été donnée. A la CAF, ils nous ont dit qu'elle dépassait le plafond de ressources qui avait lui-même changé récemment. Or, je ne trouve pas d'informations sur un changement de plafond récent... Du coup, elle ne touche plus la majoration pour la vie autonome, ni les APL.*

On peut noter que la thématique relative au handicap et à la perte de l'autonomie est celle qui a connu la plus grande progression par rapport à l'année précédente (+11.6%). Cela est particulièrement dû aux questions en lien avec l'accessibilité et les aménagements du logement en augmentation de 114%, l'occasion de s'attarder sur ce sujet.

Les questionnements en la matière se situent à différents niveaux :

• Le recours à la prestation de compensation du handicap

Des aides peuvent être accordées par les maisons départementales des personnes handicapées en matière d'aménagement des logements.

Toutefois, le périmètre des aménagements pouvant possiblement être pris en charge peut s'avérer restrictif :

> *Je suis handicapé comme ma compagne et nous vivons dans un logement en étage difficilement accessible surtout depuis que ma femme a été opérée du genou. Nous n'avons pas d'argent pour faire des aménagements car nous n'avons pas d'autres ressources tous les deux que l'AAH. Existe-t-il des aides ? A la MDPH, on nous a dit que la prestation de compensation ne pourrait pas fonctionner car cela ne concerne pas l'intérieur de notre logement mais des parties communes.*

• L'étendue des obligations des propriétaires

> *Ma maman souffre d'une affection cardiaque qui l'empêche de faire des efforts. Dans ce cadre, elle ne peut pas monter les escaliers et accéder à son logement qui est au 3ème étage. Son propriétaire n'est pas favorable à ce qu'on installe un monte-charge pour lui permettre d'accéder à son appartement même si nous le prenons en charge. Comment faire ?*

• Les obligations des copropriétés en termes d'accessibilité

> *Je viens d'acheter un appartement dans une petite copropriété. Je viens de me rendre compte qu'une barrière pour séparer notre copropriété de la copropriété voisine a été installée en 2014, elle empiète sur le trottoir. Des plots verticaux retiennent la barrière et ont été installés au milieu du trottoir, empêchant une circulation aisée des personnes à mobilité réduite (fauteuil ou scooter). Il me semble que le syndic n'a absolument pas respecté les normes handicap en vigueur. Pourriez-vous svp me communiquer les textes de lois qui obligent les copropriétés de suivre ces normes? Les propriétaires vont refuser de payer les nouveaux travaux de mise aux normes, peut-on exiger quelque chose du syndic ?*

• Les limites à l'adaptation des logements anciens

> *Je suis travailleur handicapé travaillant en ESAT. Il y a deux mois la maladie de Parkinson a été diagnostiquée, surajoutant au handicap initial. J'ai déjà de graves problèmes de locomotion. L'accès à la salle de bain est compliqué (cabine de douche). Je m'aide d'une canne pour les déplacements extérieurs mais le médecin vient de me prescrire un déambulateur. Devant l'augmentation et l'aggravation des symptômes, je m'inquiète pour mon avenir. Mon logement qui est ancien n'est pas vraiment beaucoup plus aménageable, il va devenir très rapidement inadéquat compte tenu de mon handicap. J'ai peur d'être dans l'incapacité de trouver un logement adapté.*

Ces différents témoignages illustrent à quel point la question du logement peut peser particulièrement sur les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, qui plus est, souvent avec de faibles ressources, sans possibilité d'accéder à l'emprunt immobilier du fait de leur handicap et/ou maladie.

Dans ce contexte, les discussions législatives autour du projet de loi Elan visant à réduire drastiquement les normes de logements neufs en matière d'accessibilité suscitent de vives inquiétudes. Passer en effet d'une obligation de 100% de logements neuf accessibles à 10% ne peut que générer dans un contexte immobilier tendu qu'une multitude d'effets pervers au dépend de personnes déjà particulièrement en situation de vulnérabilité vis-à-vis du logement.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Handicap et perte d'autonomie » en 2017

Contestation concernant le taux de handicap

> *Ma fille de 24 ans était reconnue handicapée à plus de 80% quand elle avait moins de 20 ans. Depuis ses 20 ans, elle n'est plus reconnue à 80 % mais de 50 à 79%, donc elle ne touche plus rien et on lui a même refusé les allocations de compensation du handicap et c'est nous qui prenons tout en charge. Elle cherche désespérément un travail en lien avec Cap emploi mais elle ne trouve pas. Comment contester la fixation de son taux ?*

Allocation adulte handicapé (AAH) et âge

> *J'ai été contacté par une personne qui avait l'AAH. La Caisse d'allocations familiales (CAF) a cessé de la lui verser au motif qu'elle avait atteint l'âge légal de la retraite. Elle lui a dit qu'il lui fallait alors demander l'ASPA. La loi ayant évolué. Est ce qu'elle peut désormais bénéficier de l'AAH dont les droits sont toujours ouverts?*

6. Handicap et perte d'autonomie

Allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH)

Ma petite fille présente des troubles du comportement et de la parole et doit voir un neurologue prochainement. Elle n'est actuellement acceptée à l'école qu'une heure et demie par jour. Nous avons fait une demande d'auxiliaire de vie scolaire qui est en cours. Est-ce que nous pourrions bénéficier de l'Allocation d'éducation d'enfant handicapé ?

Prestations de compensation du handicap (PCH) : aides humaines

Je suis séropositif au VIH depuis 18 ans. On m'a conseillé de faire un dossier MDPH pour solliciter une PCH en vue d'aides humaines à domicile car mon état de santé est particulièrement dégradé, en raison des traitements, des lipodystrophies, de la dépression et des opérations du cœur. Le médecin de l'hôpital m'a très mal rempli le certificat et a même oublié mes problèmes cardiaques et mes traitements pour la dépression. Comment est-ce que je peux rattraper le coup ?

Aidants familiaux

J'ai 17 ans, je m'adresse à vous, car je ne sais pas vers qui me tourner pour avoir une information légale. Après nous être battus contre la MDPH pendant 18 mois de procédure, le tribunal du contentieux de l'incapacité a reconnu mon père handicapé au taux de 80 %. J'ai aidé et soutenu mon père pendant toute cette période difficile car il vit seul chez lui et a son handicap physique s'ajoute une déficience intellectuelle à cause de son traitement morphinique. Je souhaiterais m'investir davantage en devenant aidant familial. J'ai cherché à avoir des informations sur comment devenir aidant familial dans le cadre de notre demande à la MDPH pour faire notre demande de prestation de compensation du handicap. Il m'a été répondu que je ne pouvais pas y prétendre car je suis mineur. Echaudé par leur incompétence, j'ai demandé le texte de loi qui affirme cela ...pas de réponse. Je me suis adressé à l'assistance sociale de mon père qui m'a dit qu'il fallait être majeur pour devenir aidant familial, sans plus d'informations.

Scolarité

Mon fils de 17 ans s'est fait diagnostiquer un problème à la thyroïde qui lui cause des troubles de la concentration. Le collège ne veut rien entendre. Il refuse de prendre en compte sa maladie, lui dise qu'il pourra revenir en cours lorsqu'il aura cessé de jouer les plantes vertes et ne veulent pas lui faire les aménagements nécessaires pour qu'il puisse passer les examens dans les meilleures conditions.

Hébergement des personnes en perte d'autonomie

La femme de mon grand-père souffre de Parkinson et est très dépendante. Il y trois semaines, elle a été hospitalisée suite à une embolie pulmonaire. Parallèlement, et depuis plusieurs mois, j'ai déposé de nombreux dossiers dans une dizaine de maisons de retraite mais il y a beaucoup d'attente. Le médecin du service et l'assistante sociale souhaitent la faire sortir car son état ne justifierait plus son hospitalisation dans un service de gériatrie court séjour. Ils proposent soit un retour à domicile alors qu'elle ne peut même plus bouger et que y vivent mon grand-père de 91 ans et leur fils aveugle et sourd, soit une place dans la seule maison de retraite dans laquelle elle ne veut pas se rendre, de nombreux membres de sa famille y étant décédés ces dernières années. Existe-t-il d'autres solutions ?

Droits des personnes accueillies dans les établissements sanitaires et sociaux

Mon fils a 30 ans et il est bipolaire. Il est accueilli en foyer de vie. On a un souci avec la directrice. Lors d'une visite à notre fils nous sommes allés nous balader et en rentrant notre fils a fait une crise d'angoisse comme il en fait régulièrement. Il a été hospitalisé. La directrice nous en veut pour ça alors qu'il est régulièrement hospitalisé. Elle nous a écrit que dorénavant notre fils ne pourrait nous voir qu'une fois par mois en nous fixant de manière impérative les dates et 2 heures seulement. Nous sommes très choqués. A-t-elle le droit de faire ça ?

Conseils de la vie sociale

Mon mari est en maison de retraite EHPAD depuis plusieurs années. Les choses ne se passent pas bien dans cet établissement et je suis membre du conseil de la vie sociale de cet établissement. Ils modifient le contrat de fonctionnement sans nous en informer et nous le communiquer. Comme par hasard, lors des conseils de vie sociale, la directrice dit aux représentants des familles et des usagers qu'il n'y a plus le temps lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de dysfonctionnement. Ils nous imposent des choses et nous nous sentons contraints. Que faire ? On a le droit de constituer une association d'usagers de cet établissement ?

Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé

Je suis atteinte de deux maladies auto-immune dont un lupus. Après deux ans d'arrêt, j'ai repris le travail mais je n'ai pas tenu et j'ai définitivement arrêté depuis le mois de mars dernier. Je voudrais tenter de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé en vue notamment de bénéficier de formation pour une réorientation professionnelle.

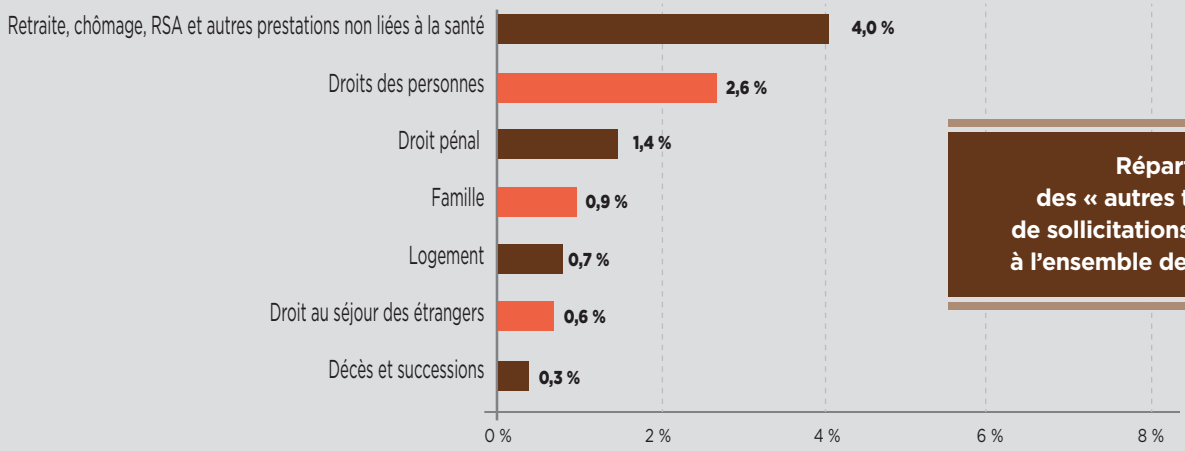
7. Autres thématiques de sollicitations

Bien que représentant une part plus modeste des sollicitations, d'autres sujets hétérogènes sont abordés régulièrement sur la ligne.

Ces questionnements qui pourraient, pour certains d'entre-deux, apparaître au premier abord périphériques au regard de l'objet premier de Santé Info Droits traduisent pourtant à quel point l'état de santé impacte le quotidien des personnes malades et leurs droits.

Au total, ils constituent quand même plus de 10 % de la totalité des sollicitations reçues.

7. Autres thématiques de sollicitations



Répartition des « autres thématiques de sollicitations » par rapport à l'ensemble des sollicitations

En voici quelques illustrations non exhaustives :

• Chômage et maladie

Arrêt maladie et calcul des allocations chômage :

> *Je ne comprends pas car j'ai reçu trois notifications successives différentes du Pôle emploi quant au montant de mes allocations de retour à l'emploi. Je crains que ça ne soit à cause de mes deux mois et demi d'arrêt maladie pendant la période habituelle retenue pour le calcul des indemnités du Pôle emploi. Qu'en pensez-vous ?*

Les conséquences des arrêts de travail sur les droits aux indemnités chômage :

> *Je suis au chômage mais je n'ai pas encore été indemnisé par le Pôle emploi à cause d'un différé d'indemnisation. Mon médecin me dit qu'il va sûrement me mettre en arrêt maladie. Quel sera l'impact sur mes droits au chômage ?*

Les conséquences de l'invalidité sur le calcul des indemnités chômage :

> *J'ai eu une période d'invalidité 1ère catégorie puis 2ème catégorie. Mon employeur vient de me licencier. Pendant la période de travail avec une pension d'invalidité 1ère catégorie, j'ai travaillé à mi-temps, et je me demandais si, pour le calcul des indemnités chômage, ça comptait comme une période de temps plein ou de temps partiel.*

Cumul entre chômage et invalidité :

> *Suite à un licenciement pour inaptitude en décembre 2016, je percevais une allocation de retour à l'emploi au taux journalier de 25 euros. Depuis le mois de novembre 2017, ce taux est passé à 1,74 par jour et Pôle emploi me réclame un indu de 6187 euros sous prétexte que je suis en catégorie 2 d'invalidité depuis février 2017. Or, j'ai fourni lors de mon inscription la notification de ma pension d'invalidité dont je suis bénéficiaire depuis août 2013 et j'avais prévenu que je passerai en deuxième catégorie. Personne ne peut me dire si cela est normal. J'ai même envoyé un mail au service invalidité de ma caisse qui me répond que c'est avec le Pôle Emploi qu'il faut voir. Je me retrouve dans une situation financière plus que délicate avec 673 euros de pension et 53 euros d'ARE, soit une baisse de revenus de 740 euros.*

• Retraite, maladie et handicap

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

> *Je suis bénéficiaire de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) depuis 2009 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde et je souhaiterais savoir dans quelle mesure je vais pouvoir bénéficier d'un départ anticipé à la retraite.*

Retraite anticipée et reconnaissance rétroactive du handicap

Je suis handicapé, j'ai une maladie neurologique déjà reconnue à l'âge de 3 ans. Mes parents ne m'ont jamais fait reconnaitre auprès de la COTOREP à l'époque et moi je ne me suis fait connaitre auprès de la MDPH qu'en 2005. Aujourd'hui j'apprends que je pourrais bénéficier de ma retraite plus précocement en tant qu'handicapé mais il aurait fallu que j'ai plus d'années de reconnaissance que j'en ai aujourd'hui alors que je suis handicapé congénital. J'ai exposé mon problème auprès de la MDPH mais ils ne peuvent pas m'aider. Je viens donc vers vous pour savoir quoi faire pour obtenir cette reconnaissance rétroactivement.

La prise en compte de l'invalidité pour l'examen des droits à la retraite

On vient de me mettre en invalidité de 1ère catégorie. Je suis encore jeune, je vais bientôt reprendre le travail. Mon invalidité sera-t-elle prise en compte pour le calcul de ma retraite ?

Retraite et aidants familiaux

Ma question concerne les droits à la retraite des aidants familiaux : je suis moi-même aidante de mon mari atteint de sclérose en plaques. Il est en invalidité 3ème catégorie. La loi de réforme du système de retraite de fin 2014 a prévu l'octroi éventuel de trimestres de cotisations de retraite supplémentaire gracieux aux aidants de personnes handicapées à concurrence, je crois, de 1 trimestre pour 18 mois d'activité d'aidant mais je ne connais pas du tout le principe :
- est-ce que ces trimestres peuvent être attribués à tous les aidants familiaux, quel que soit leur situation vis-à-vis de l'emploi, par assimilation aux trimestres accordés pour la maternité ?
- est-ce que les trimestres ne peuvent être attribués que si l'aidant a interrompu définitivement sa carrière professionnelle, comme un dédommagement pour l'écourtement de sa carrière, et la prise en compte court donc à partir de la date de sortie de l'emploi ?
- est-ce qu'ils peuvent être attribués si l'aidant travaille encore, mais à temps réduit, ce qui est mon cas ?
- est-ce qu'il y a un effet rétroactif de la mesure ou bien l'attribution ne peut se faire qu'à partir de la date de publication des décrets d'application, soit courant 2016 si ma mémoire est bonne ?
J'ai bien essayé de décrypter la loi de modernisation de la retraite sur le site officiel du gouvernement mais je n'arrive pas à trouver les décrets d'application correspondant à ma question ci-dessus.

• Protection juridique des majeurs vulnérables

La mise en place de mesures de protection juridique

Une personne a été récemment diagnostiquée Alzheimer. Comme je suis âgée et que je ne vis pas près d'elle, je confiais jusqu'à présent l'aide et le soutien à des proches pour l'accompagner à ses rendez-vous. Mais je viens de me rendre compte que ces personnes, à qui je faisais confiance, envisagent de demander une curatelle pour cette personne et je ne suis pas d'accord.

L'exercice de la mesure de protection

J'ai été sous curatelle pendant 5 ans. Les personnes en charge de ma curatelle ont fait n'importe quoi par rapport à la gestion d'un studio dont j'étais propriétaire. Elles n'ont pas fait le nécessaire pour qu'il soit loué. Même lorsqu'il était vide, elles ont payé la taxe d'habitation alors que ce n'était pas nécessaire. Que puis-je faire contre elles ?

Modification de la mesure de protection

J'ai été placé en curatelle renforcée il y a quelques années car on suspectait que j'étais schizophrène. Aujourd'hui, la situation a évolué puisqu'on me diagnostique borderline et mon comportement a nettement changé. Je souhaite sortir de la curatelle renforcée. Comment puis-je faire ?

L'aptitude à la conduite

Un diabète vient de m'être diagnostiqué. Ai-je une démarche à faire par rapport à mon permis de conduire ?

Les atteintes à la vie privée

J'ai un enfant de 10 ans qui a une maladie psychiatrique. J'ai appelé la police. Elle est arrivée avec un caméraman pour les besoins d'une émission de télévision. J'ai demandé au caméraman d'arrêter de filmer. Il a quand même filmé. Qu'est-ce que je peux faire ?

• Logement

Logement insalubre

J'ai été relogée au rez-de-chaussée dans un appartement insalubre. L'ancienne locataire m'a fait savoir que l'appartement est dans un état d'insalubrité tel qu'il n'aurait pas dû être reloué. La situation est aggravée par mes problèmes respiratoires. Qui peut m'accompagner dans les démarches que je voudrais faire pour engager la responsabilité du bailleur social et être relogée dans un environnement sain.

7. Autres thématiques de sollicitations

Expulsions de logement

> *Je me permets de vous contacter pour une situation qui me semble très urgente et je ne sais pas vers qui me tourner.*
> *En effet, mon voisin est atteint de la sclérose en plaques. Il se déplace avec beaucoup de difficultés avec des béquilles. Il est tombé plusieurs fois dans les escaliers. Il habite au 3ème étage sans ascenseur dans un vieil immeuble qui n'est pas adapté à sa situation - pas de rampes d'où les chutes. La situation d'urgence vient du fait qu'il m'a informé ce matin qu'à partir du 13 Juillet 2017, il va être expulsé et se retrouvera sans logement et il n'a personne vers qui se tourner.*

• Autres thématiques diverses

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

> *Je veux aller en Chine et au Tibet. On m'a dit qu'en raison de ma séropositivité, je vais peut-être rencontrer des difficultés pour rentrer sur le territoire.*

Pénal

> *J'ai une question peut-être un peu naïve à propos du cannabis thérapeutique. Il est interdit en France à ce jour. Si je vais en acheter aux Pays Bas, ou il est légalisé, en demandant une ordonnance à un médecin local, pourrai-je rapporter le cannabis ainsi obtenu en officine et le consommer en France ?*

Divorce

> *Ma fille a été hospitalisée d'office trois fois l'année dernière et son mari menace de divorcer. Je voudrais savoir quels sont ses droits et si son époux peut invoquer sa bipolarité dans le cadre de la procédure de divorce ?*

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

> *Je suis sous le coup d'une obligation de quitter le territoire français. Je suis algérien malade. J'ai une sclérose en plaques et je prends un médicament qui n'est pas disponible en Algérie et celui qui existe là-bas est totalement inadapté à mon cas. Ma demande de droit au séjour pour soins a été refusée. J'ai donc contesté par un recours gracieux qui a été aussi refusé. Là, je suis assigné à résidence et ils veulent que je leur donne une date de retour pour qu'ils envoient mon passeport à la police aux frontières. J'ai raté mon bac à cause de tout ça et entre temps le médecin de la préfecture a bien dit que mon traitement n'était pas disponible en Algérie.*

8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

SOMMAIRE

1. Données relatives à la connaissance et au mode d'utilisation de Sante info Droits ..... p. 61

1.1 Mode de connaissance de la ligne ..... p. 61

1.2 Orientations associatives vers Santé Info Droits ..... p. 61

1.3 Proportion de primo-appelants ..... p. 62

2. Données relatives au profil des usagers de Santé Info Droits et des personnes concernées par les sollicitations ..... p. 63

2.1 Sexe des personnes concernées par les sollicitations ..... p. 63

2.2 Age des personnes concernées par les sollicitations ..... p. 63

2.3 Région des appelants ..... p. 64

2.4 Départements des appelants ..... p. 64

2.5 Répartition des sollicitations en fonction de la place des interlocuteurs au regard de la situation décrite ..... p. 65

2.6 Répartition des sollicitations pour lesquelles la situation médicale de la personne concernée est identifiée ..... p. 65

2.7 Répartition des appels par pathologies ou situations quand l'état de santé de la personne concernée est identifiée ..... p. 66

3. Expressions des appelants quant à Santé Info Droits ..... p. 68

3.1 Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques ..... p. 68

3.2 Expression spontanée des appelants en fonction des thématiques abordées ..... p. 68

3.3 Résultats de l'enquête de satisfaction du 18 au 23 décembre 2017 ..... p. 69

3.4 Accessibilité de la ligne ..... p. 69

4. Thématiques des appels ..... p. 70

4.1 Répartition des appels par thématique ..... p. 70

4.2 Evolution des thématiques entre 2016 et 2017 ..... p. 70

4.3 Répartition des thématiques selon les pathologies ..... p. 71

4.4 Droits des usagers dans leurs recours au système de santé ..... p. 72

4.4.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 72

4.4.2 Répartition des sollicitations de la thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé » ..... p. 72

4.4.3 Evolution de la répartition des sollicitations de la thématique ..... p. 73

4.5 Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité ..... p. 73

4.5.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 73

4.5.2 Répartition des sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement » ..... p. 74

4.5.3 Evolution de la répartition des sollicitations de la thématique ..... p. 74

4.6 Assurances et emprunts ..... p. 74

4.6.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 74

4.6.2 Répartition des appels de la thématique « Assurances et emprunts » ..... p. 75

4.6.3 Répartition des sollicitations par type d'assurances ..... p. 75

4.7 Santé et travail ..... p. 76

4.7.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 76

4.7.2 Répartition des appels de la thématique ..... p. 76

4.7.3 Evolutions de la répartition des sollicitations de la thématique ..... p. 77

4.8 Accès et prise en charge des soins ..... p. 77

4.8.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 77

4.8.2 Répartition des appels de la thématique « Accès et prise en charge des soins » ..... p. 78

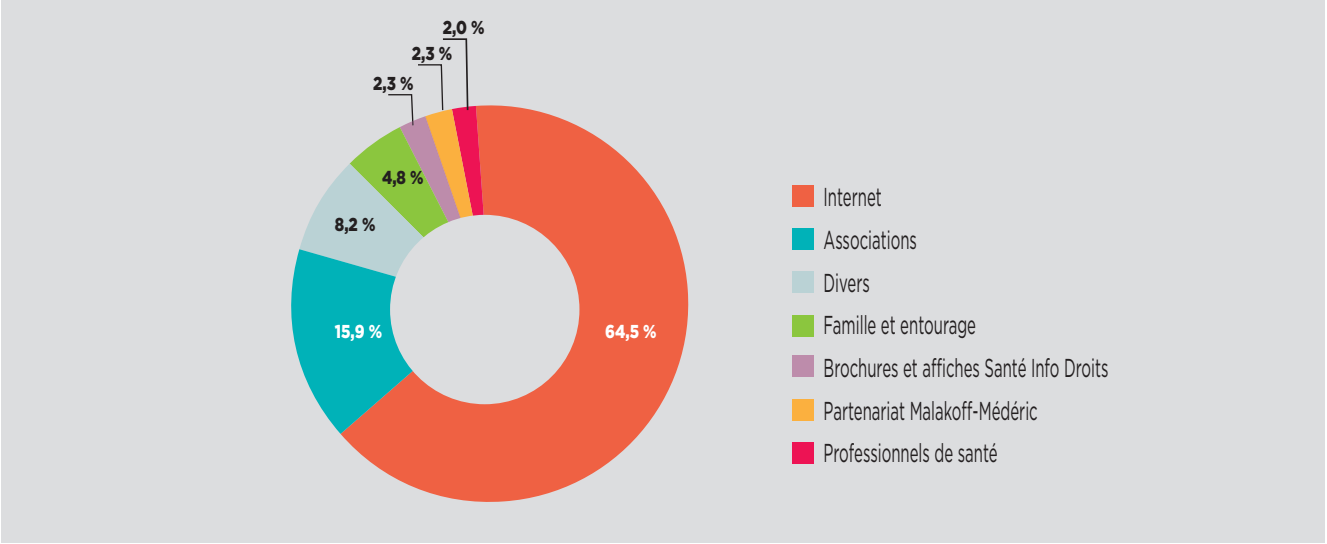
4.9 Handicap et perte d'autonomie ..... p. 78

4.9.1 Evolution du nombre de sollicitations ..... p. 78

4.9.2 Répartition des appels de la thématique « Handicap et perte d'autonomie » ..... p. 79

1. Données relatives à la connaissance et au mode d'utilisation de Santé info Droits

1.1. Mode de connaissance de la ligne



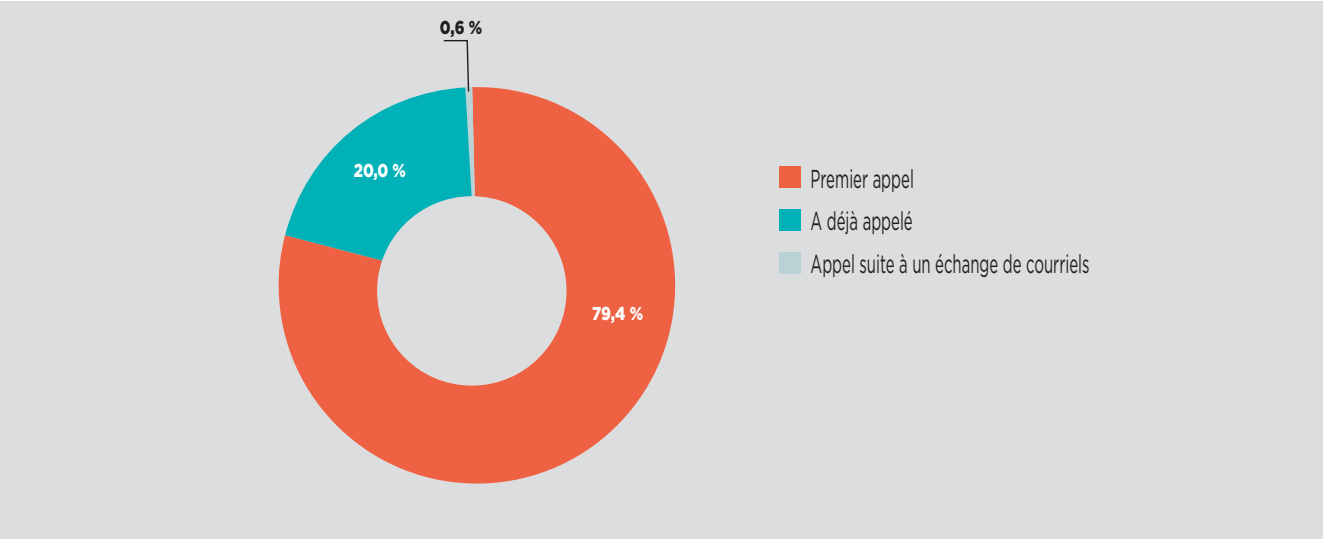
1.2. Orientations associatives vers Santé Info Droits

UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades psychiques)	22,4%
France Assos Santé en région	10.1%
Ligue contre la cancer et Aidea	7,2%
Divers (63 associations)	7,2%
SIS (Sida info Service)	5,2%
Alliance Maladies Rares et Maladies rares info service	3,8%
ARSEP (Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques)	3,6%
Fibromyalgie SOS	3,0%
Fibromyalgie France	2,9%
Aides	2,8%
France Victimes (08VICTIMES)	2,5%
Argos 2001	2,2%
Cancer Info	1,7%
AFM Téléthon (Association française contre les myopathies)	1,7%
La Fédération 3977 contre la maltraitance (personnes âgées et handicapées)	1,7%
France Parkinson	1,4%
AFS (Association France Spondyloarthrites)	1,3%
APF – France Handicap (Association des paralysés de France et Ecoute Sep)	1,3%
France Alzheimer	1,2%
Epilepsie France	1,0%
UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques)	1,0%
AFH (Association française des hémophiles)	1,0%
Sos hépatites	0,9%
AFA (Association François Aupetit)	0,9%
AFGS (Association française du Gougerot Sjögren)	0,9%
UNAF - URAF - UDAF (Union nationale régionale et départementale des associations familiales)	0,8%
AFD (Fédération française des diabétiques)	0,8%
Rétina France	0,8%

8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

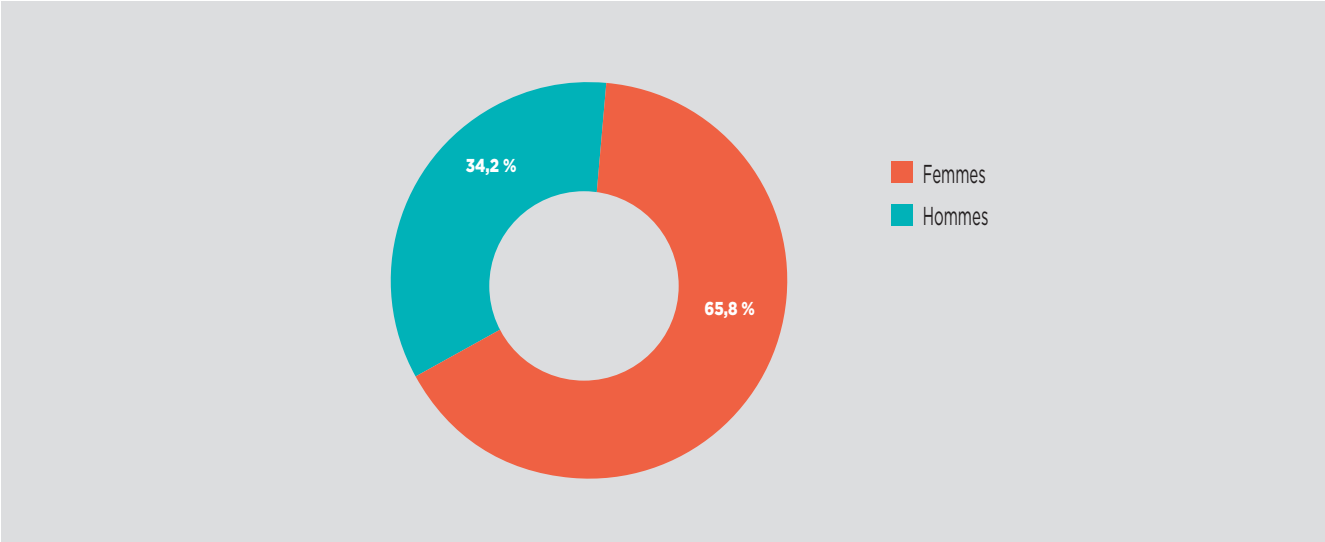
Réseau Ac santé 93	0,7%
ASFC (Association française du syndrome de fatigue chronique)	0,7%
Ecoute famille - UNAFAM	0,7%
FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie)	0,5%
FNAIR (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux)	0,5%
FNATH (Association des accidentés de la vie)	0,4%
AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux)	0,3%
AFTOC (Association française des personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs)	0,3%
COMEDE	0,3%
Ligue française contre la sclérose en plaques	0,3%
Schizo oui	0,3%
OCH (Office chrétien des personnes handicapées)	0,3%
IRIS (Association des patients déficitaires immunitaires primitifs)	0,3%
France Acouphènes	0,3%
Le LIEN	0,3%
UFC - Que choisir	0,2%
France DFT	0,2%
France Psoriasis	0,2%
France Rein	0,2%
ARCAT	0,2%
CLCV (Association nationale de défense des consommateurs et usagers)	0,2%
TransHépate	0,1%
Association française des aidants familiaux	0,1%
France dépression	0,1%
Lupus France	0,1%
AMADYS (Association des malades atteints de dystonie)	0,1%
AFPric (Association française des polyartritiques)	0,1%
FFAAIR (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires)	0,1%
Familles rurales	0,1%
VLM (Vaincre la mucoviscidose)	0,1%

1.3. Proportion de primo-appelants

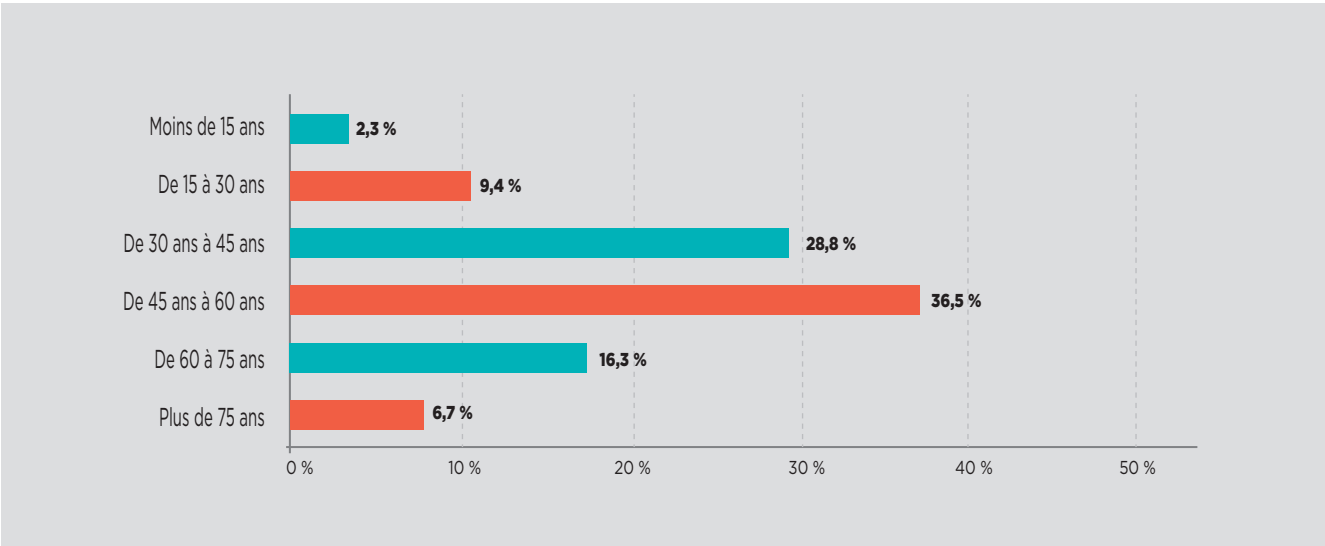


2. Données relatives au profil des usagers de Santé info Droits et des personnes concernées par les sollicitations

2.1. Sexe des personnes concernées par les sollicitations

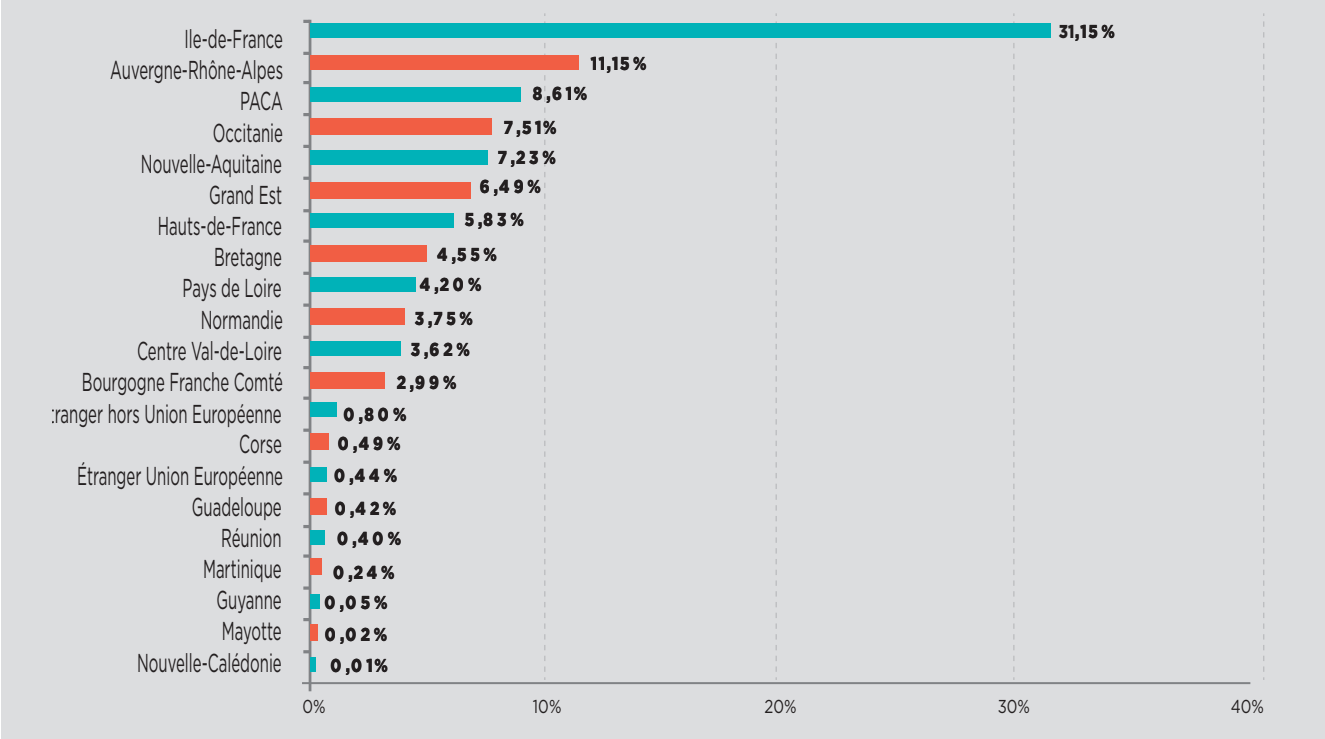


2.2. Age des personnes concernées par les sollicitations

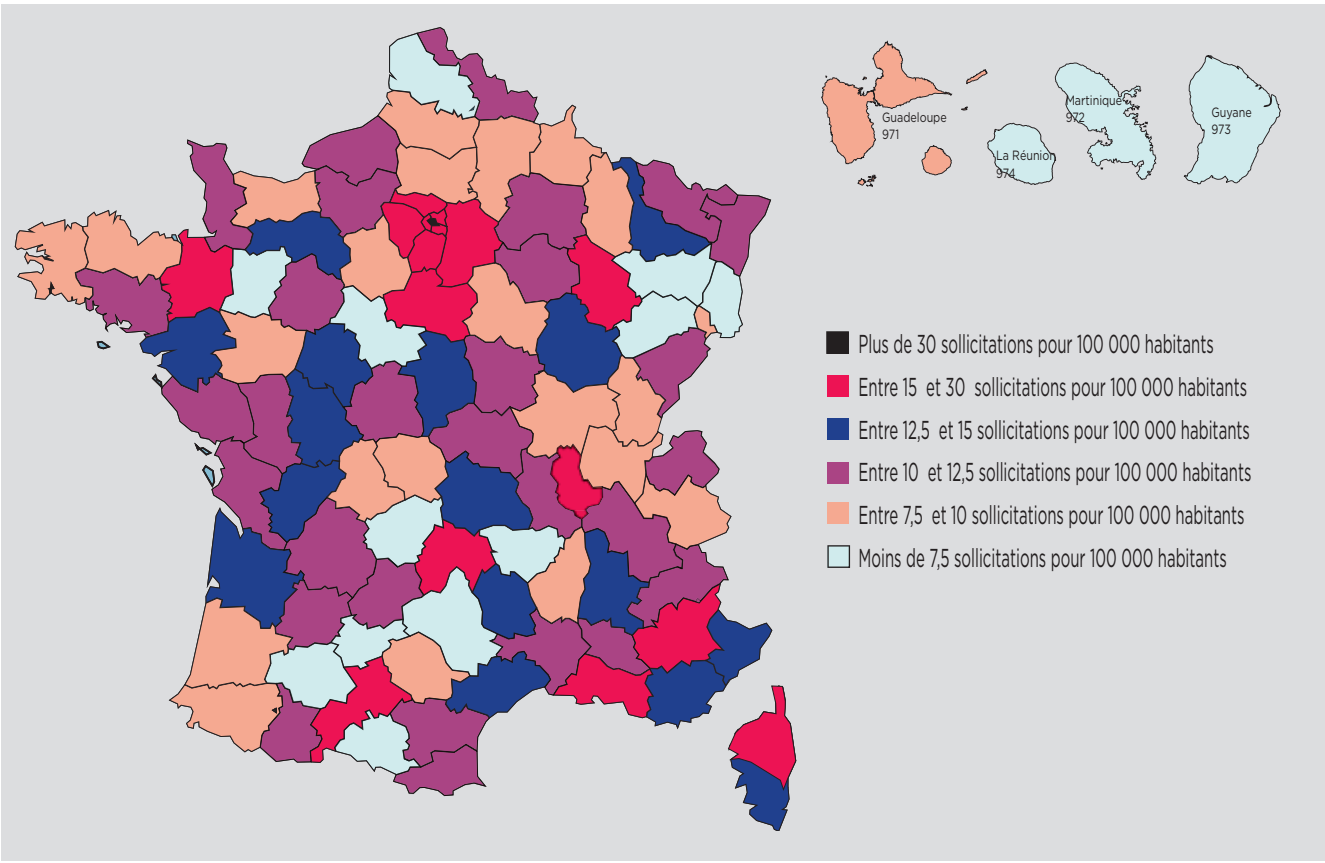


8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

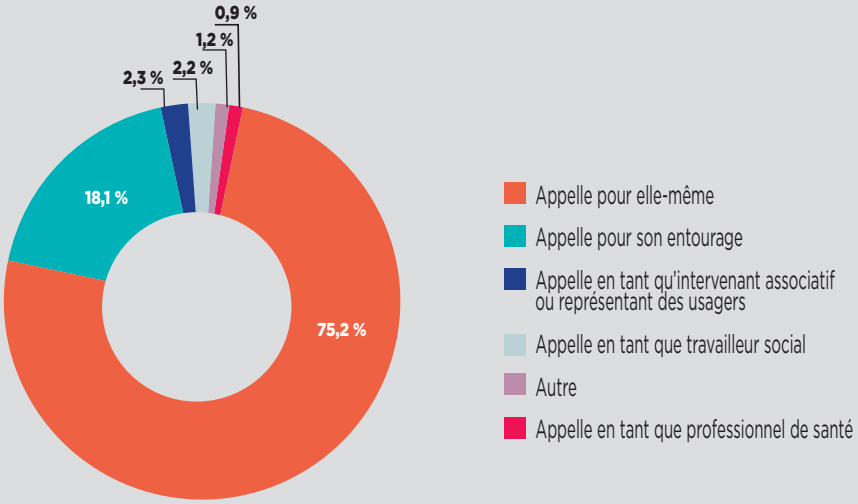
2.3. Région des appelants



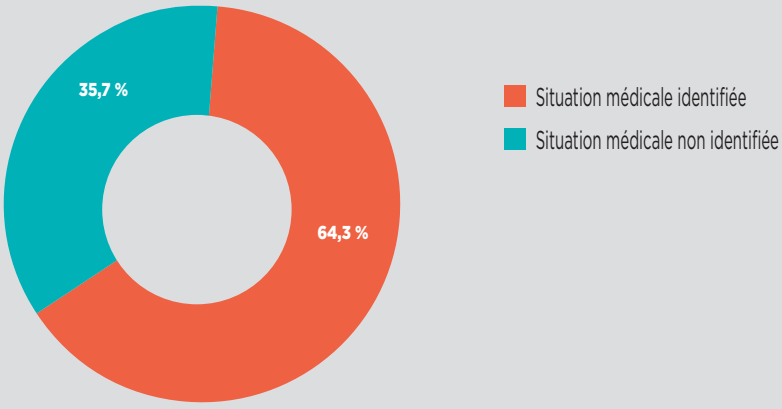
2.4. Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département)



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



8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

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

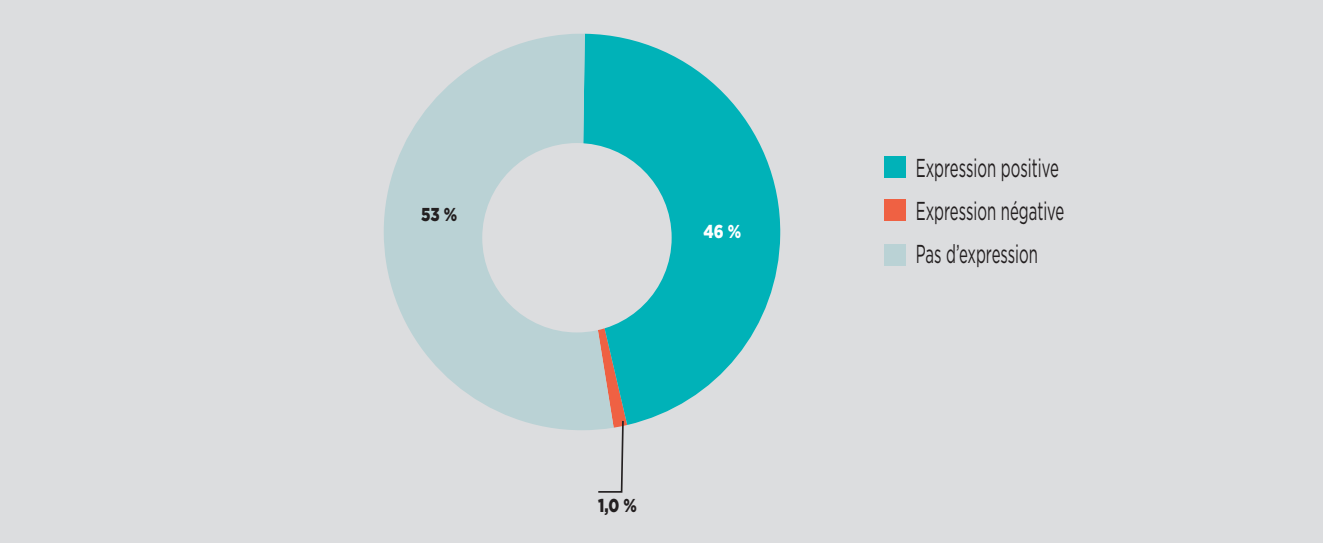
Cancer / Tumeurs	12,67%
Troubles mentaux ou du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	10,53%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	7,90%
Dentaire	5,59%
Dépression	4,11%
Fibromyalgie	3,78%
Maladies cardio-pulmonaires	3,29%
V.I.H.	3,13%
Sclérose en plaques	2,80%
Maladies rares	2,80%
Handicap fonctionnel	2,80%
Age et dépendance	2,80%
Décès cause non identifiée	2,63%
Déficience visuelle et cécité	2,47%
Grossesse et accouchement	2,30%
Troubles bipolaires	1,97%
Accident conséquence non identifiée	1,97%
Schizophrénie	1,81%
Accident vasculaire cérébral	1,65%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	1,48%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,48%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,48%
Maladie de Parkinson	1,48%
Diabète	1,48%
Burn-out	1,48%
Infections nosocomiales	1,32%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,15%
Alzheimer	1,15%
Insuffisance rénale	0,99%
Troubles musculo-squelettiques	0,82%
Hépatite C	0,82%
Déficience auditive et surdité	0,82%
Spondylarthrite	0,66%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	0,66%
Maladies de Crohn	0,66%
Maladies de peau	0,49%
Epilepsie	0,49%
Addictions	0,49%
TOC (Troubles obsessionnels compulsifs)	0,33%
Rhumatismes articulaires aigus	0,33%
Polyarthrite rhumatoïde	0,33%
Obésité	0,33%
Myopathie	0,33%

Mucoviscidose	0,33%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	0,33%
Maladies auto-immunes	0,33%
Lupus	0,33%
Hypertension	0,33%
Hépatite B	0,33%
Greffes	0,33%
Chirurgie esthétique d'agrément	0,33%
Autisme	0,33%
Troubles DYS (Dyslexie, dysphasie, dyspraxie...)	0,16%
Troubles du sommeil	0,16%
Trisomie	0,16%
Traumatismes crâniens	0,16%
Syndrome de fatigue chronique	0,16%
Suicide	0,16%
Poliomyélite	0,16%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,16%
Maladies des artères, veines	0,16%
Hémophilie	0,16%
Electro-sensibilité	0,16%
Difficultés de procréation	0,16%
Chirurgie esthétique réparatrice	0,16%
Asthme	0,16%
Arthrose	0,16%
Apnée du sommeil	0,16%
Anorexie	0,16%
Allergie	0,16%
Affection iatrogène	0,16%

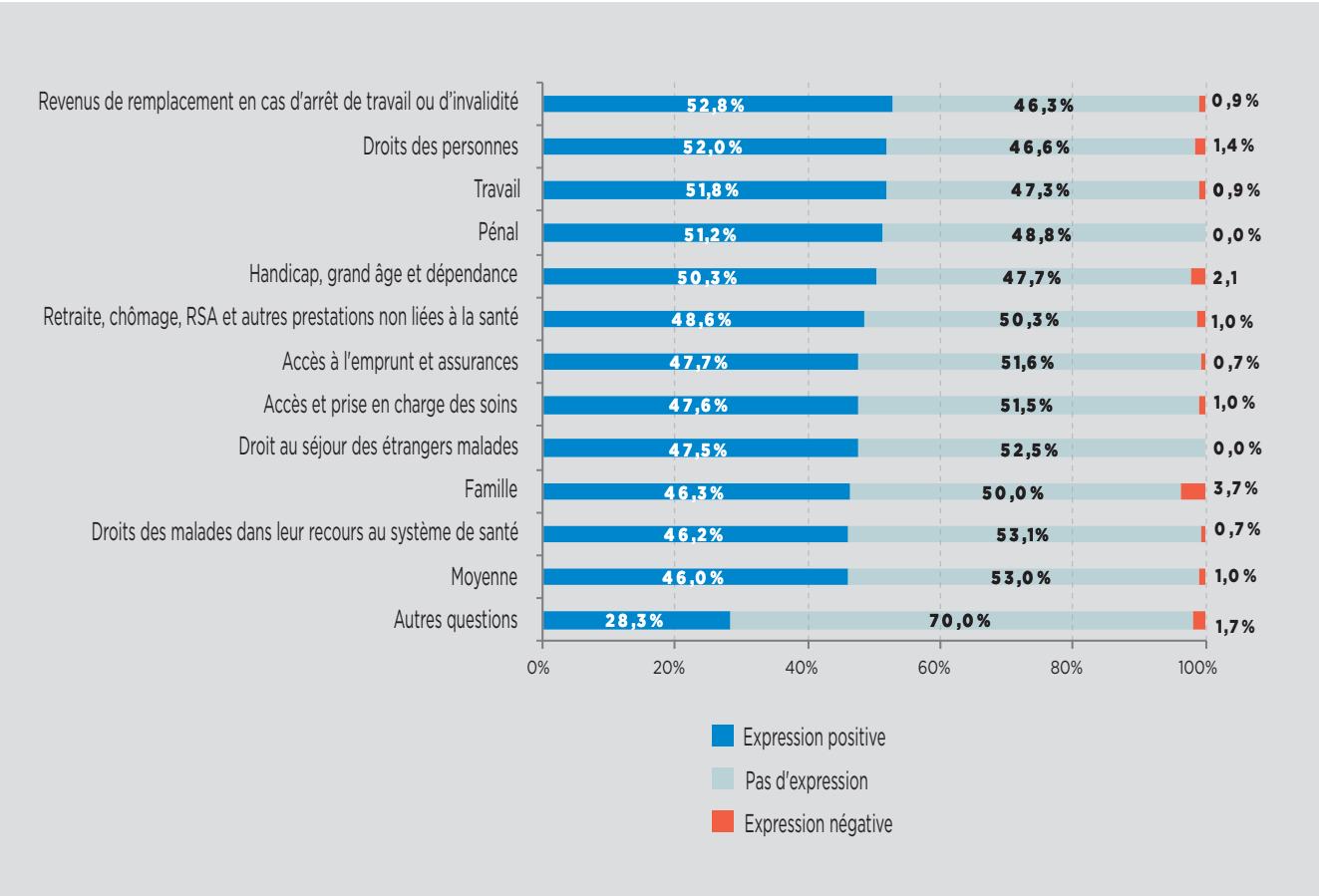
8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

3. Expressions des appelants quant à Santé Info Droits

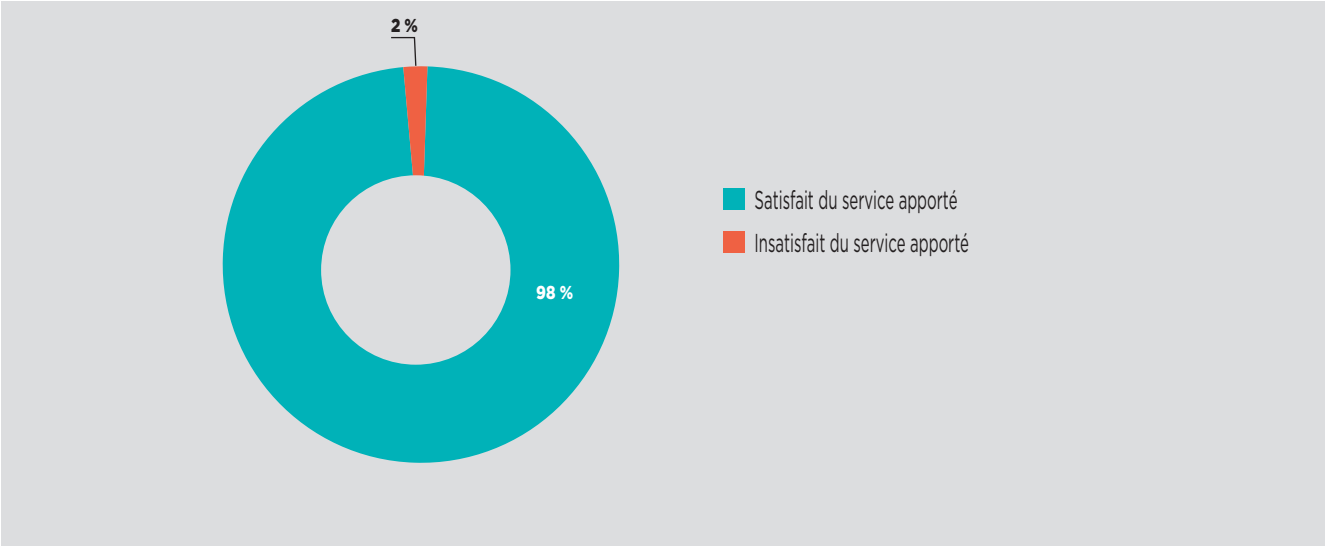
3.1. Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques



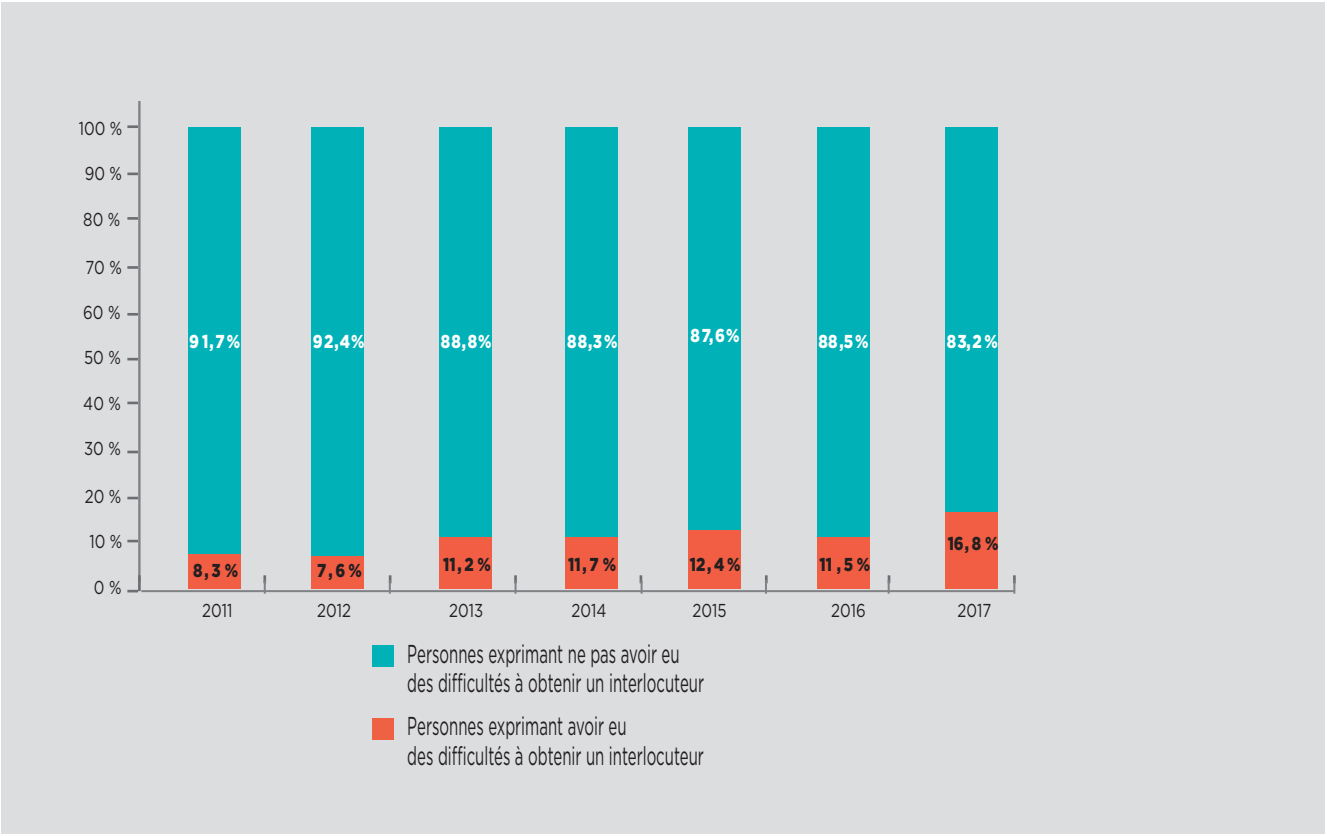
3.2. Expression spontanée en fonction des thématiques



3.3. Résultats de l'enquête de satisfaction du 18 au 23 décembre 2017



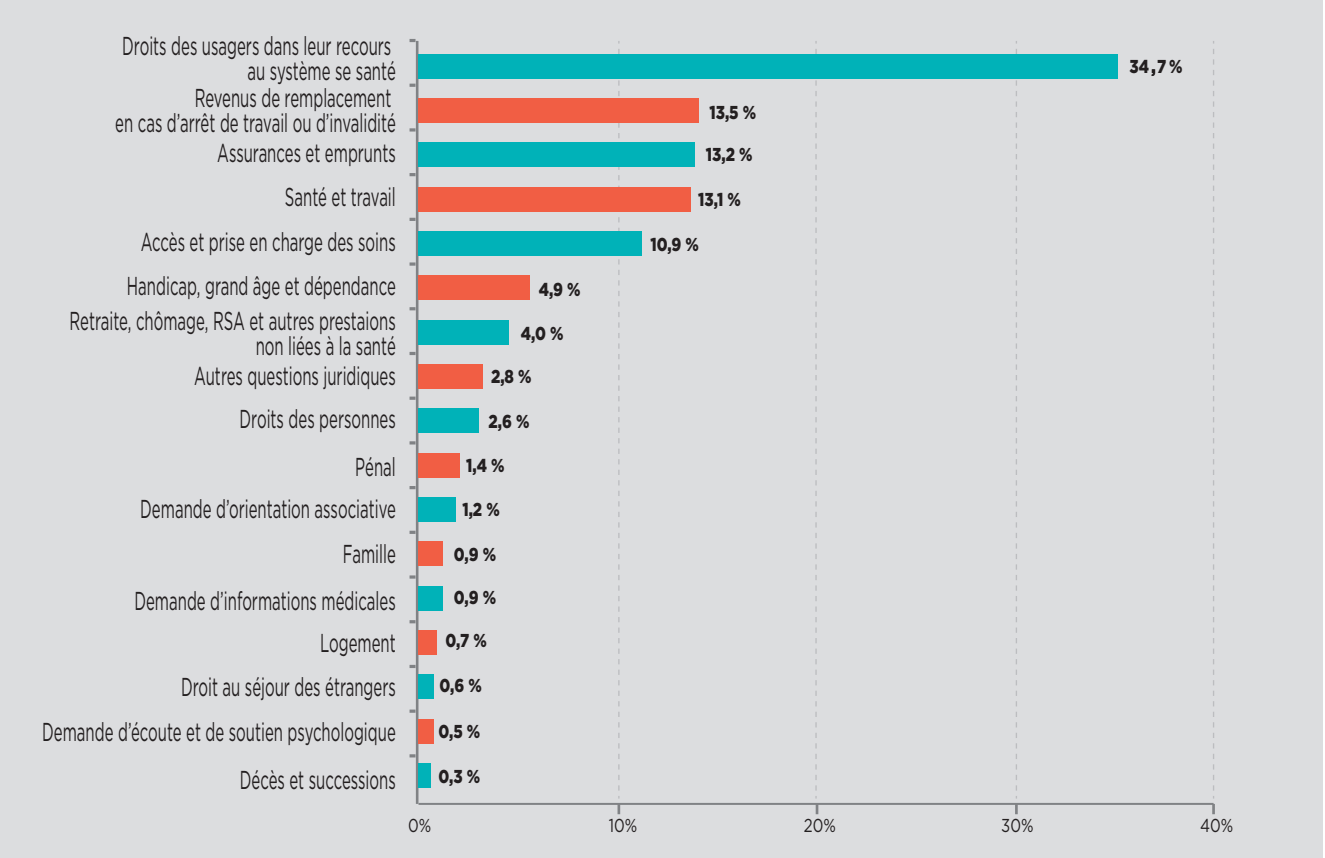
3.4. Accessibilité de la ligne



8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

4. Thématiques des appels

4.1 Répartition des appels par thématique



4.2 Evolution des thématiques entre 2016 et 2017

Handicap, grand âge et dépendance	+11,6%
Santé et travail	+11,5%
Droits des usagers dans leur recours au système de santé	+0,3%
Famille	0,0%
Logement	0,0%
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	-1,3%
Ensemble des sollicitations	-1,5%
Droit au séjour des étrangers malades	-1,9%
Pénal	-2,2%
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	-4,4%
Assurances et emprunts	-4,6%
Droits des personnes	-9,5%
Accès et prise en charge des soins	-10,2%

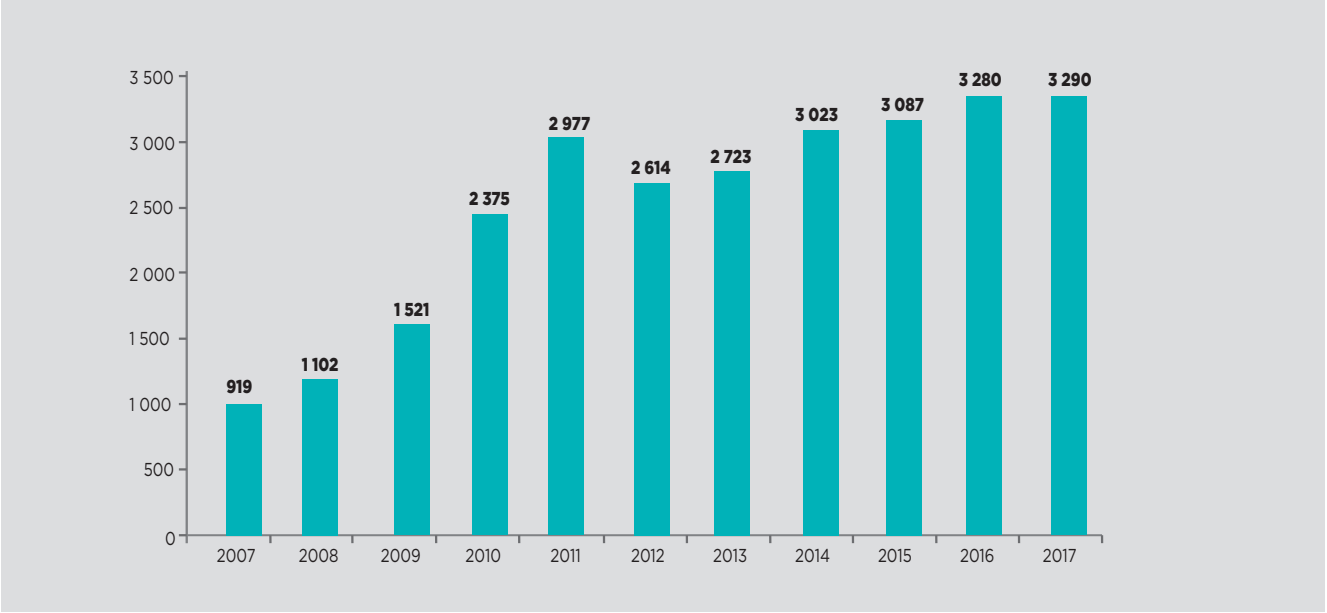
4.3 Répartition des thématiques selon les pathologies

	Droits des usagers dans leur recours au système de santé	Revenus de remplacement (en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité)	Assurance et emprunt	Travail	Accès et prise en charge des soins	Handicap, grand âge et dépendance	Retraite, Chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	Droits des personnes	Droit au séjour des étrangers
ENSEMBLE DES APPELS	**34,7%**	**13,5%**	**13,2%**	**13,1%**	**10,9%**	**4,9%**	**4,0%**	**2,6%**	**0,6%**
Addictions	59,4%	0,0%	6,3%	3,1%	12,5%	6,3%	3,1%	18,8%	0,0%
Affection iatrogène	91,7%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Age et dépendance	48,7%	0,0%	1,3%	0,6%	15,8%	22,2%	1,9%	6,3%	0,0%
Alzheimer	53,2%	0,0%	1,6%	0,0%	11,3%	9,7%	1,6%	17,7%	0,0%
Accident vasculaire cérébral	45,8%	5,2%	19,8%	5,2%	13,5%	4,2%	3,1%	6,3%	0,0%
Burn-out	6,3%	33,8%	12,5%	50,0%	2,5%	1,3%	6,3%	0,0%	0,0%
Cancer / Tumeurs	22,8%	12,7%	34,9%	10,9%	13,6%	3,5%	2,0%	0,6%	1,4%
Déficience auditive et surdité	47,9%	6,3%	4,2%	14,6%	12,5%	8,3%	4,2%	2,1%	2,1%
Déficience visuelle et cécité	40,6%	6,3%	5,6%	8,4%	29,4%	7,7%	0,7%	0,7%	0,0%
Dentaire	71,7%	0,0%	1,3%	0,3%	23,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Dépression	14,3%	31,6%	10,8%	34,2%	7,4%	3,9%	6,1%	2,2%	0,0%
Diabète	25,0%	8,0%	26,1%	3,4%	19,3%	6,8%	3,4%	4,5%	1,1%
Epilepsie	15,6%	0,0%	21,9%	15,6%	6,3%	25,0%	6,3%	3,1%	0,0%
Fibromyalgie	2,8%	31,5%	9,9%	23,9%	15,5%	21,1%	5,6%	0,0%	1,4%
Greffes	9,1%	4,5%	63,6%	4,5%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
Grossesse et accouchement	46,2%	17,7%	4,6%	7,7%	22,3%	0,0%	4,6%	0,0%	0,8%
Handicap fonctionnel	28,4%	7,1%	11,0%	11,6%	10,3%	25,2%	3,2%	3,2%	0,6%
Hémophilie	7,7%	7,7%	30,8%	23,1%	23,1%	15,4%	0,0%	0,0%	7,7%
Hépatite C	22,7%	2,3%	50,0%	11,4%	6,8%	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Infections nosocomiales	97,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	35,8%	5,7%	24,5%	7,5%	13,2%	7,5%	3,8%	0,0%	1,9%
Lupus	6,7%	13,3%	20,0%	20,0%	13,3%	20,0%	0,0%	0,0%	6,7%
Maladies de Crohn	21,6%	13,5%	16,2%	24,3%	10,8%	8,1%	8,1%	0,0%	0,0%
Mucoviscidose	7,1%	42,9%	28,6%	7,1%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Myopathie	8,7%	4,3%	52,2%	0,0%	13,0%	17,4%	0,0%	0,0%	8,7%
Obésité	41,2%	0,0%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
Maladie de Parkinson	9,8%	20,7%	12,2%	12,2%	8,5%	17,1%	12,2%	12,2%	0,0%
Sclérose en plaques	15,5%	17,4%	28,4%	22,6%	3,9%	10,3%	2,6%	3,2%	1,3%
Schizophrénie	44,0%	1,0%	2,0%	2,0%	2,0%	5,0%	0,0%	21,0%	0,0%
Spondylarthrite	7,9%	18,4%	28,9%	28,9%	5,3%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles bipolaires	38,3%	4,3%	13,0%	12,2%	1,7%	5,2%	0,0%	9,6%	0,9%
Troubles musculo-squelettiques	37,2%	23,3%	9,3%	20,9%	7,0%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%
V.I.H.	7,9%	3,9%	48,9%	10,1%	10,1%	7,3%	1,7%	5,1%	1,1%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	60,9%	5,7%	8,0%	2,3%	11,5%	3,4%	1,1%	1,1%	0,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	77,4%	7,1%	7,1%	2,4%	3,6%	2,4%	0,0%	1,2%	0,0%
Maladies des artères , veines	63,6%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
Maladies auto-immunes	15,0%	25,0%	40,0%	10,0%	5,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies cardio-pulmonaires	43,9%	6,4%	25,7%	9,1%	10,7%	3,7%	2,7%	0,5%	0,0%
Maladies endocrinienne , nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	50,6%	2,4%	25,9%	2,4%	8,2%	2,4%	0,0%	1,2%	0,0%
Maladies de peau	61,3%	0,0%	0,0%	3,2%	25,8%	0,0%	0,0%	6,5%	3,2%
Maladies rares	21,3%	12,3%	23,9%	12,9%	15,5%	10,3%	3,2%	1,3%	0,6%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	31,8%	13,6%	27,3%	9,1%	18,2%	4,5%	0,0%	0,0%	4,5%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	40,3%	17,7%	14,5%	12,9%	3,2%	11,3%	1,6%	4,8%	0,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	37,6%	24,2%	4,4%	25,6%	10,4%	2,4%	3,1%	0,0%	0,4%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	56,8%	10,8%	5,4%	8,1%	5,4%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	56,3%	4,2%	3,7%	3,9%	5,4%	4,0%	0,7%	13,0%	0,0%
Décès cause non identifiée	90,0%	1,3%	1,3%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%

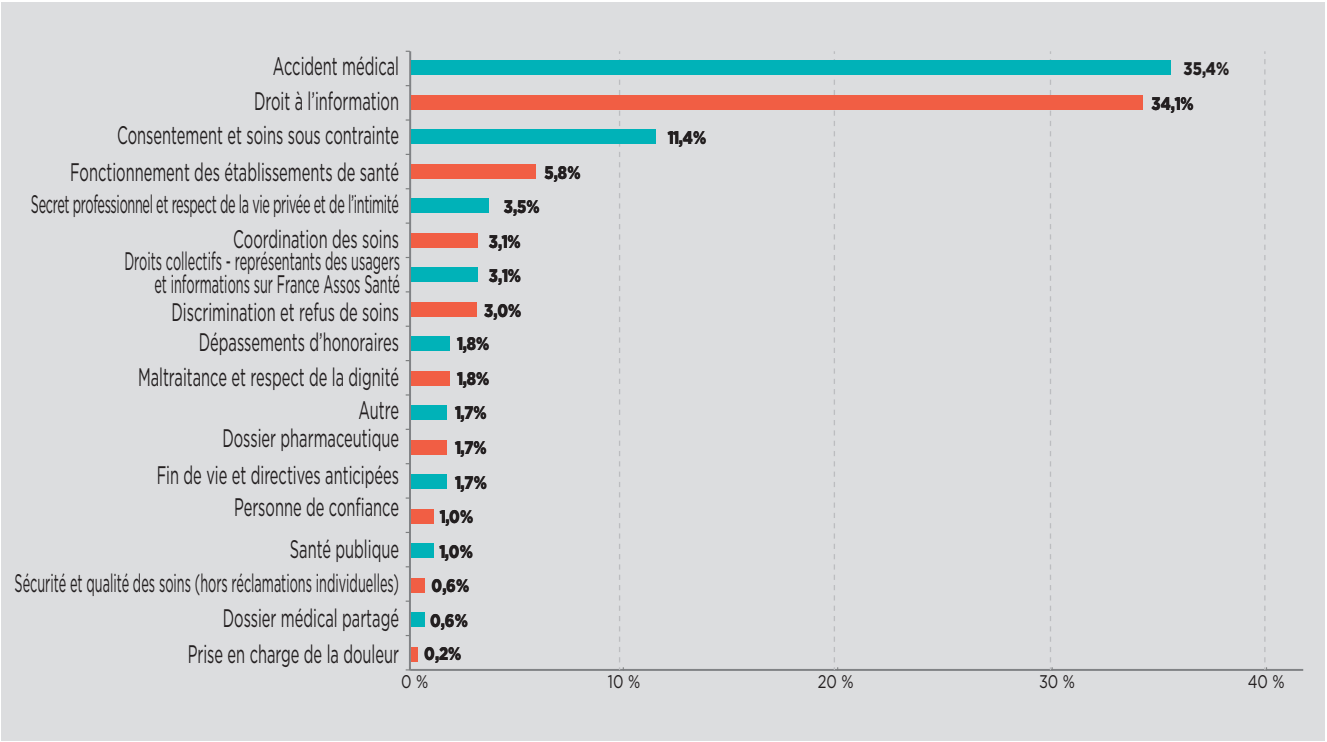
8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

4.4 Thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé »

4.4.1 Evolution du nombre de sollicitations



4.4.2 Répartition des sollicitations de la thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé »

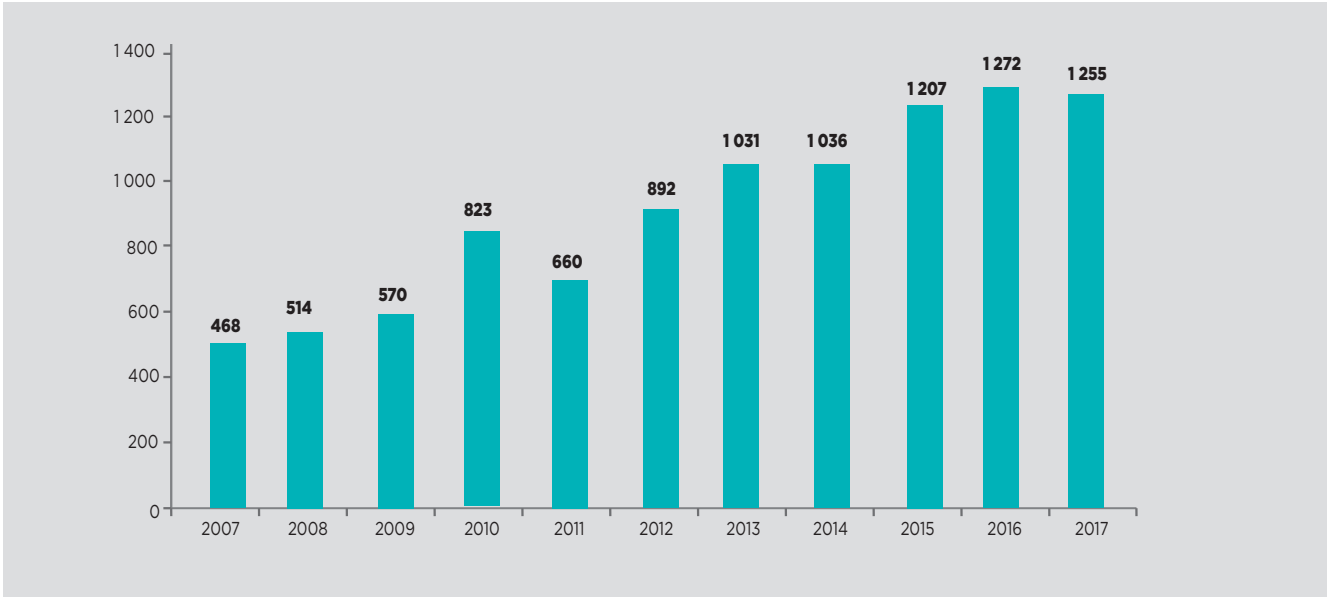


4.4.3 Evolutions des sollicitations de la thématique

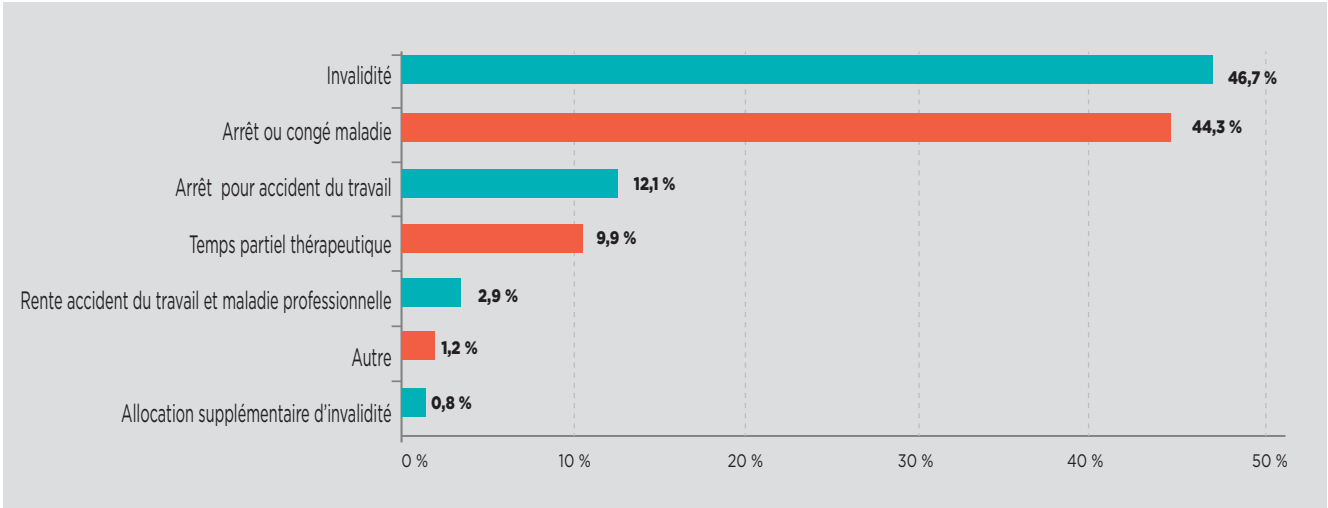
Santé publique	+200,0%
Fin de vie et directives anticipées	+115,4%
Dossier médical partagé	+53,8%
Prise en charge de la douleur	+27,1%
Coordination des soins	+20,5%
Droit à l'information	+5,9%
Sécurité et qualité des soins (hors réclamations individuelles)	+5,9%
Secret professionnel et respect de la vie privée et de l'intimité	+3,7%
Discrimination et refus de soins	+1,1%
Fonctionnement des établissements de santé	+0,5%
Accident médical	-0,9%
Consentement et liberté de choix	-5,4%
Dépassements d'honoraires	-6,6%
Droits collectifs - représentants des usagers et informations sur France Assos Santé	-14,8%
Dossier pharmaceutique	-18,5%
Personne de confiance	-21,4%
Maltraitance et respect de la dignité	-28,8%

4.5 Thématique « Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité »

4.5.1 Evolution du nombre de sollicitations



4.5.2 Répartition des sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement »

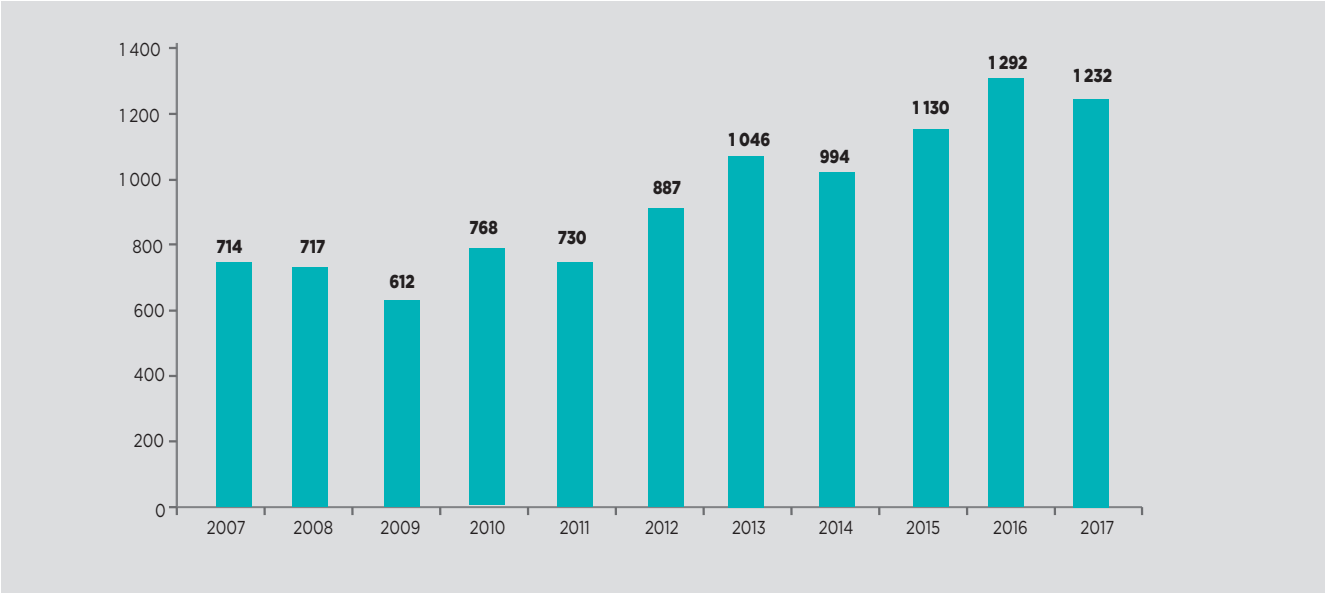


4.5.3 Evolution des sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement »

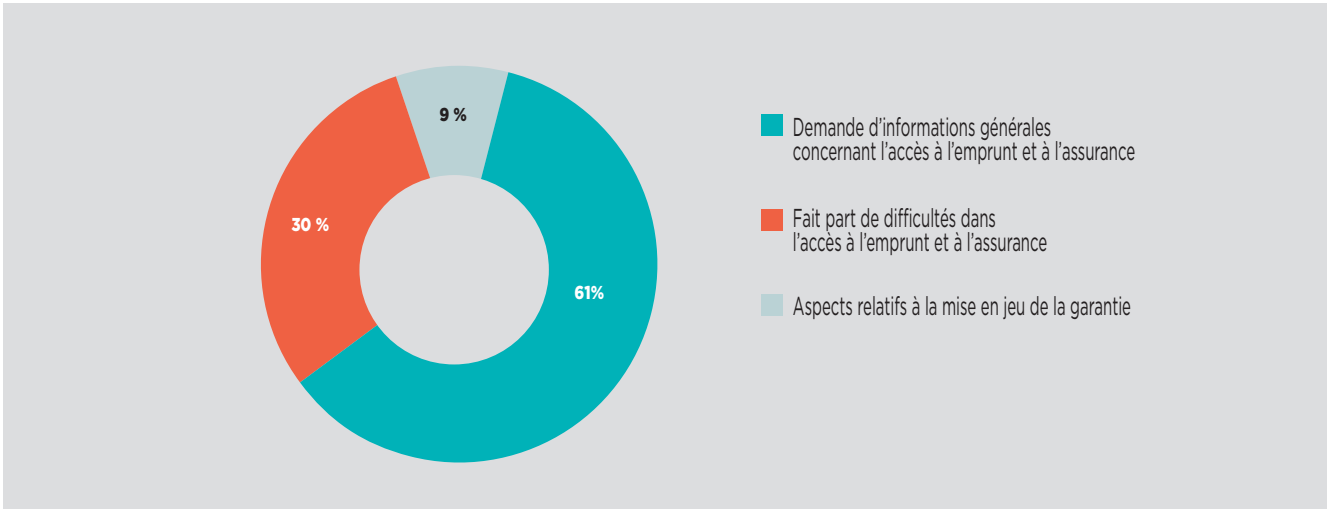
Arrêt pour accident du travail	+62,7%
Rente accident du travail et maladie professionnelle	+54,1%
Temps partiel thérapeutique	+10,6%
Invalidité	+8,9%
Arrêt ou congé maladie	-13,4%

4.6 Thématique « Assurances et emprunts »

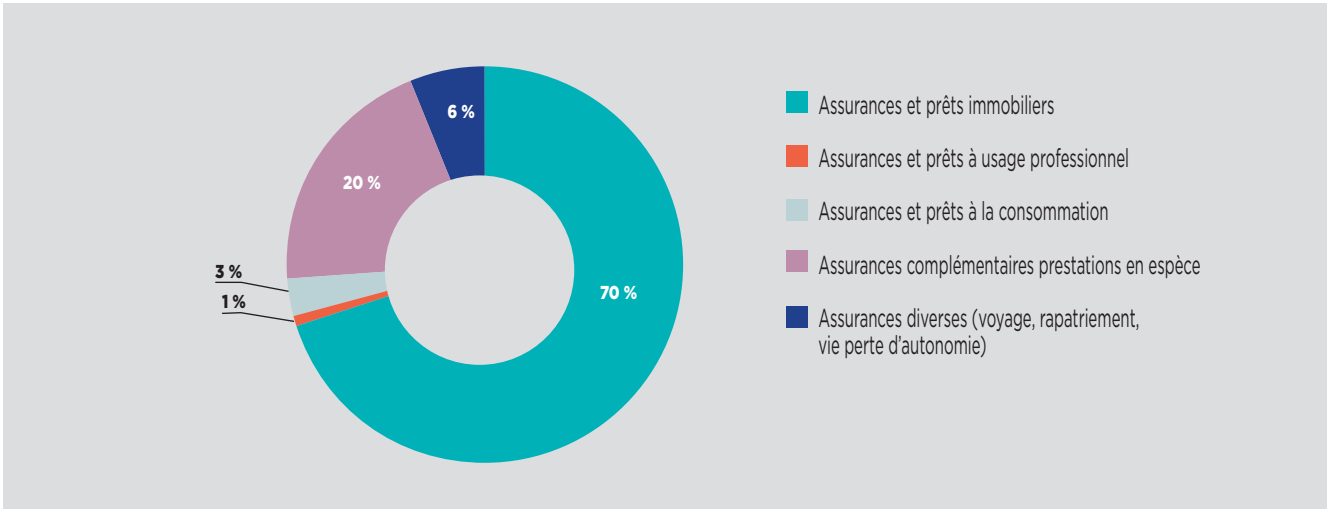
4.6.1 Evolution du nombre de sollicitations



4.6.2 Répartition des sollicitations de la thématique « Assurances et emprunts »



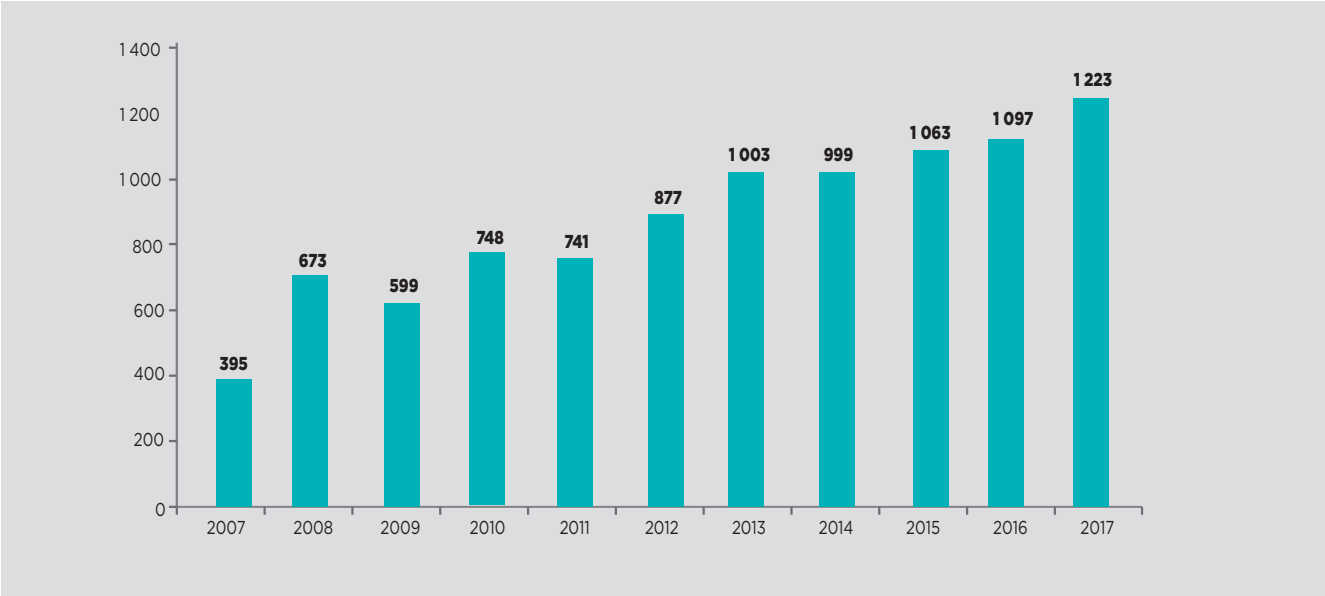
4.6.3 Répartition des sollicitations par type d'assurances



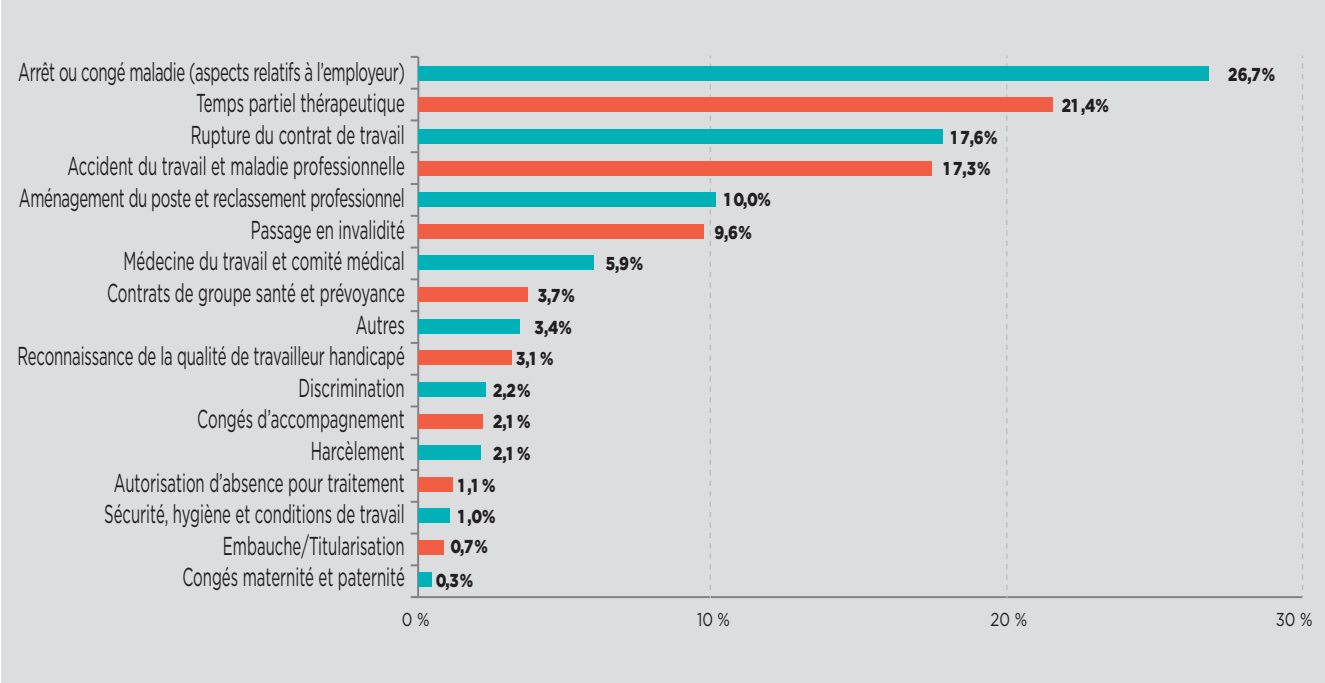
8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

4.7 Thématique « Santé et travail »

4.7.1 Evolution du nombre de sollicitations



4.7.2 Répartition des appels de la thématique « Santé et travail »

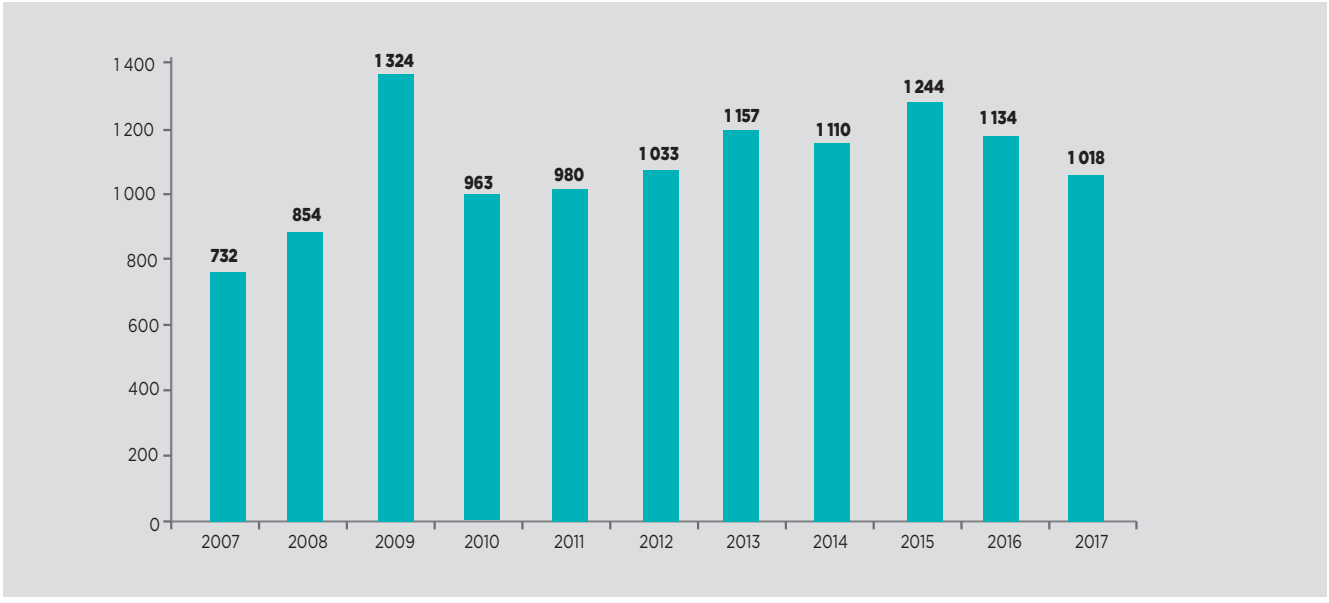


4.7.3 Evolution des sollicitations de la thématique « Santé et travail »

Discrimination	+237,5%
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	+52,0%
Temps partiel thérapeutique	+18,1%
Accident du travail et maladie professionnelle	+15,3%
Congés d'accompagnement	+14,3%
Arrêt maladie	+14,0%
Aménagement de poste et reclassement professionnel	+11,9%
Autorisations d'absence pour traitement	+8,3%
Rupture du contrat de travail	+7,5%
Harcèlement	-3,8%
Médecine du travail et comité médical	-11,1%
Contrats de groupe santé et prévoyance	-36,4%
Embauche et titularisation	-42,9%

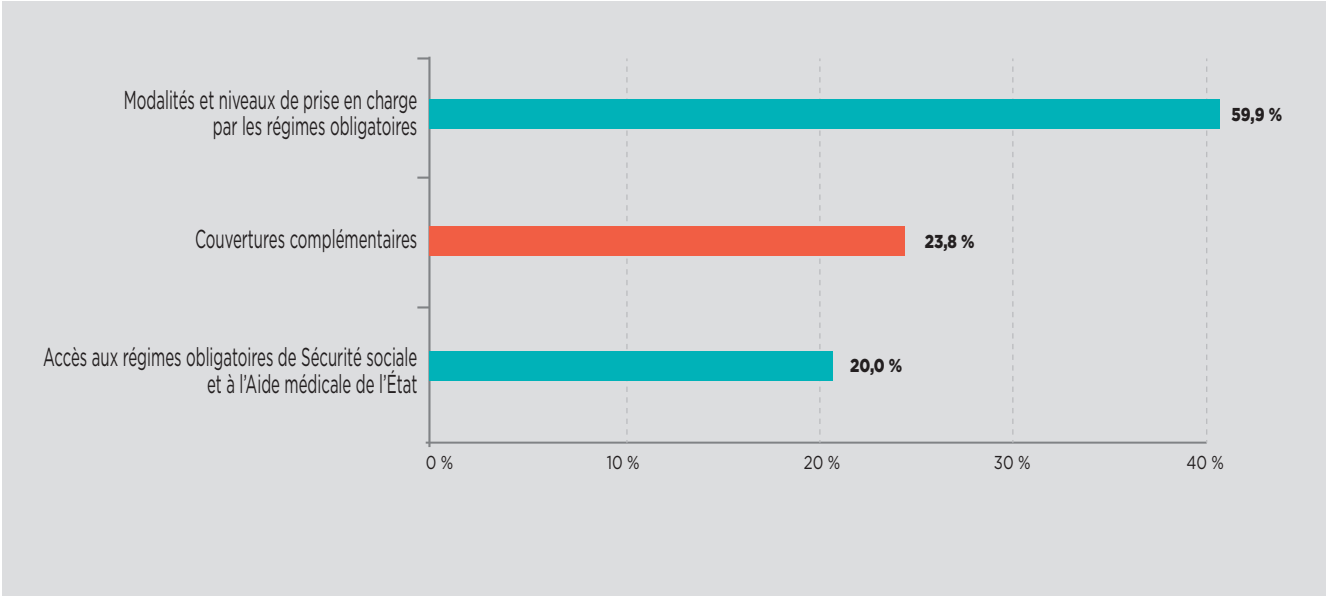
4.8 Thématique « Accès et prise en charge des soins »

4.8.1 Evolution du nombre de sollicitations



8. Annexe : statistiques relatives aux utilisateurs de Santé Info Droits et aux sollicitations recues

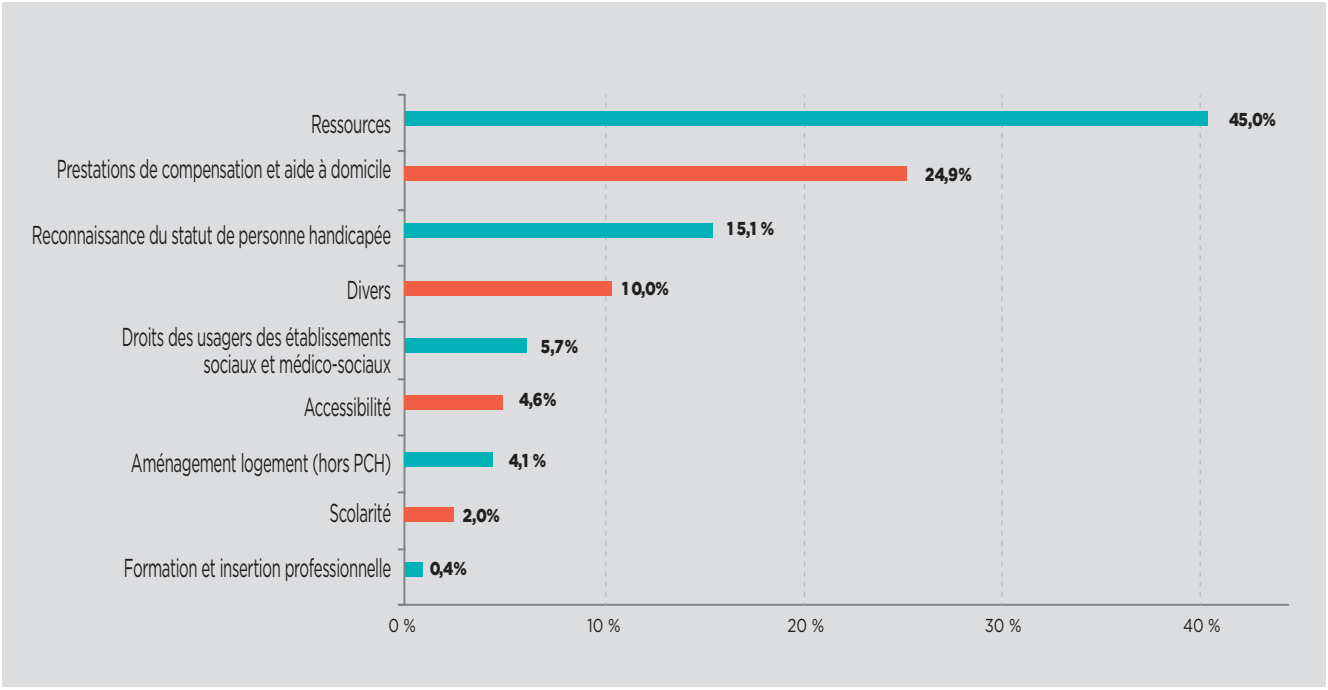
4.8.2 Répartition des appels de la thématique «Accès et prise en charge des soins »



4.9 Thématique « Handicap et perte d'autonomie »

4.9.1 Evolution du nombre de sollicitations

4.9.2 Répartition des appels de la thématique « Handicap et perte d'autonomie »



UNE ÉCOUTE PAR DES SPÉCIALISTES POUR TOUTE QUESTION JURIDIQUE OU SOCIALE LIÉE À LA SANTÉ ?

Egalement accessible sur :
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

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

**Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion, pour le coût d'une communication normale*

Nos remerciements aux partenaires de Santé Info Droits en 2017 :

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction générale de la Santé

Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens

Malakoff-Médéric

Mutuelle ADREA

Assurance Maladie

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

Collectif TeSS
téléphonie sociale et en santé

OBSERVATOIRE
DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Sur les droits des malades

Rapport annuel 2017
de Santé Info Droits

France Assos Santé
La voix des usagers

France Asso Santé
10 villa Bosquet 75007 Paris – Tél. 01 40 56 01 49 – Fax. 01 47 34 93 27
www.france.assos.sante.org

B-2018-18