



France
Assos
Santé
La voix des usagers

Bservatoire

DE FRANCE ASSOS SANTÉ
SUR LES DROITS DES MALADES

RAPPORT
ANNUEL
2018
DE SANTÉ
INFOS DROITS



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

Achévé d'imprimer en France à Heillecourt(54) par Bialec.

Conception et réalisation graphiques :  **dumkit-graphic.com**

Photos : © Freepik

ÉDITO

GÉRARD RAYMOND,
PRÉSIDENT DE FRANCE ASSOS SANTÉ



© Vincent Machet

Santé Info Droits, une véritable boussole pour les usagers du système de santé.

Santé Info Droits, ce sont 18 professionnels du droit et travailleurs sociaux, spécialement formés, qui chaque après-midi répondent par téléphone à vos questions, vous orientent et vous informent sur vos droits en santé. Vous pouvez également leur poser vos questions à toute heure via la page dédiée de notre site internet : france-assos-sante.org/sante-info-droits/

En 2018, près de 9 000 personnes ont fait appel à ce service d'information juridique proposé par France Assos Santé. Un nombre qui ne faiblit pas année après année.

Lorsque l'on est confronté à une situation difficile en lien avec sa santé, connaître et faire reconnaître ses droits est essentiel. Pouvoir être accompagné, orienté dans ses démarches, informé sur les recours possibles et savoir à quelle porte frapper, l'est tout autant. C'est la nature même de Santé Info Droits. Créée en 2006, la ligne d'écoute Santé Info Droits est devenue année après année une véritable boussole pour des milliers d'usagers du système de santé, parfois désorientés et en situation de grande fragilité. Erreurs médicales, aléas thérapeutiques, accidents médicamenteux, niveau de prise en charge par l'Assurance maladie, indemnisation en cas d'arrêt ou d'accident du travail, facturations abusives, refus de soins ou encore discriminations liées à l'état de santé : autant de thématiques qui reviennent de façon récurrente dans les questions posées par les appelants. Bien que des situations d'apparence similaires soient régulièrement décrites dans les questions posées, l'équipe de Santé Info Droits propose à chacun des appelants une réponse individualisée, afin de rester au plus près des besoins spécifiques des personnes.

L'équipe de Santé Info Droits a ainsi traité 8 886 sollicitations au cours de l'année 2018. Le nombre élevé de sollicitations, qui ne faiblit pas année après année, montre à quel point ce service est ô combien nécessaire. Il témoigne aussi d'un niveau d'information bien trop inégal parmi les usagers du système de santé, tant sur leurs droits que sur les moyens de les faire valoir. Il constitue enfin un véritable socle de plaidoyer pour le porte-voix des usagers que nous sommes

Car malgré des évolutions constantes en matière de démocratie sanitaire depuis 15 ans, un certain nombre de droits reste encore à acquérir ou à consolider pour les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Et plus globalement, pour l'ensemble des bénéficiaires du système de santé.

En 2018, les quatre principaux motifs de sollicitation disent tous quelque chose des difficultés rencontrées par des milliers d'usagers de la santé en France. Des signaux clairs qui doivent nous alerter. Premier motif, les accidents médicaux : 1 141 appels, soit près de 13 % des sollicitations ! Ces très nombreux appels confirment les besoins d'information des usagers sur les différents mécanismes d'indemnisation et ne peut que renforcer notre combat pour l'amélioration de la qualité des soins dans notre pays. En seconde position, la question économique est également très présente, de nombreux usagers s'interrogeant sur le niveau et les modalités de prise en charge de leurs soins par l'Assurance maladie. L'accès à l'information, également en bonne place, devance à peine les questions, nombreuses, sur l'accès à l'emprunt et à l'assurance pour les personnes présentant un « risque aggravé de santé ». Autant de thématiques qui montrent la largeur du spectre des sollicitations auquel Santé Info Droits est quotidiennement confronté.

Faire évoluer ces droits, offrir à chacun l'information la plus fiable et le meilleur accès possible à la santé, quels que soient sa situation socio-économique, son âge, son origine ou son état de santé, voilà notre vocation. Tant que cet objectif ne sera pas atteint, la ligne Santé Info Droits restera, plus que jamais, au service de tous les usagers.

SOMMAIRE

06 **PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ**
DE SANTÉ INFO DROITS

08 **OBSERVATION DES PROBLÉMATIQUES**
EXPRIMÉES PAR LES USAGERS
DE SANTÉ INFO DROITS

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

14 **I.1. Organisation professionnelle, démographie
médicale et droits des malades : l'accès
au dossier médical à l'épreuve du temps**

16 **I.2. Refus de soins des professionnels
de santé : une réalité au signalement
et à la sanction complexe**

19 **I.3. La représentation des usagers du système
de santé ou l'exercice indépendant
d'une mission d'intérêt général**

22 Autres exemples de sollicitations de Santé Info
Droits sur la thématique « Droits des malades
dans leur recours au système de santé en 2018 »

25 **II. SANTÉ ET TRAVAIL**

26 **II.1. Le difficile respect des recommandations
de la médecine du travail**

28 **II.2. Salariés et respect de la vie privée :
Quid de l'information concernant la maladie ?**

29 Autres exemples de sollicitations de Santé Info
Droits sur la thématique « Santé et travail » en 2018

31 **III. REVENUS DE REMPLACEMENT EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ**

32 **III.1. Invalidité et passage à la retraite :
le cas des personnes malades
et des demandeurs d'emploi**

33 **III.2. Pour une invalidité des fonctionnaires
calquée sur l'invalidité des salariés du privé**

35 Autres exemples de sollicitations
de Santé Info Droits sur la thématique
« Revenus de remplacement en cas d'arrêt
maladie ou d'invalidité » en 2018

37 **IV. ASSURANCES ET EMPRUNTS**

38 **IV.1 Les emprunteurs confrontés aux banques**

40 **IV.2 Les emprunteurs confrontés aux
assurances**

42 Autres exemples de sollicitations de Santé Info
Droits sur la thématique « Accès à l'emprunt
et assurances » en 2018

43 **V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS**

43 **V.1. La prise en charge des frais de transport
par l'Assurance maladie**

48 **V.2. La dématérialisation des échanges :
une évolution susceptible de faire obstacle
à l'accès aux droits et aux soins**

50 Autres exemples de sollicitations de Santé Info
Droits sur la thématique « Accès et prise en
charge des soins » en 2018

51 **VI. HANDICAP ET PERTE D'AUTONOMIE**

4 **Autres exemples de sollicitations
de Santé Info Droits sur la
thématique « Handicap et perte
d'autonomie en 2018 »**

55 **VII. AUTRES THÉMATIQUES DE SOLLICITATIONS**

56 **Retraite**

56 **Chômage**

57 **Protection juridique
des majeurs vulnérables**

57 **L'aptitude à la conduite**

57 **Les atteintes à la vie privée**

58 **Famille**

58 **Logement**

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

59 **ANNEXE :**
STATISTIQUES RELATIVES
À SANTÉ INFO DROITS
POUR L'ANNÉE 2018



PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS

Santé Info Droits est un service d'information et d'orientation à caractère juridique et social pour toutes questions liées 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 14h 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 (week-end et jours fériés inclus) via le site Internet de France Assos Santé : **www.france-assos-sante.org**.

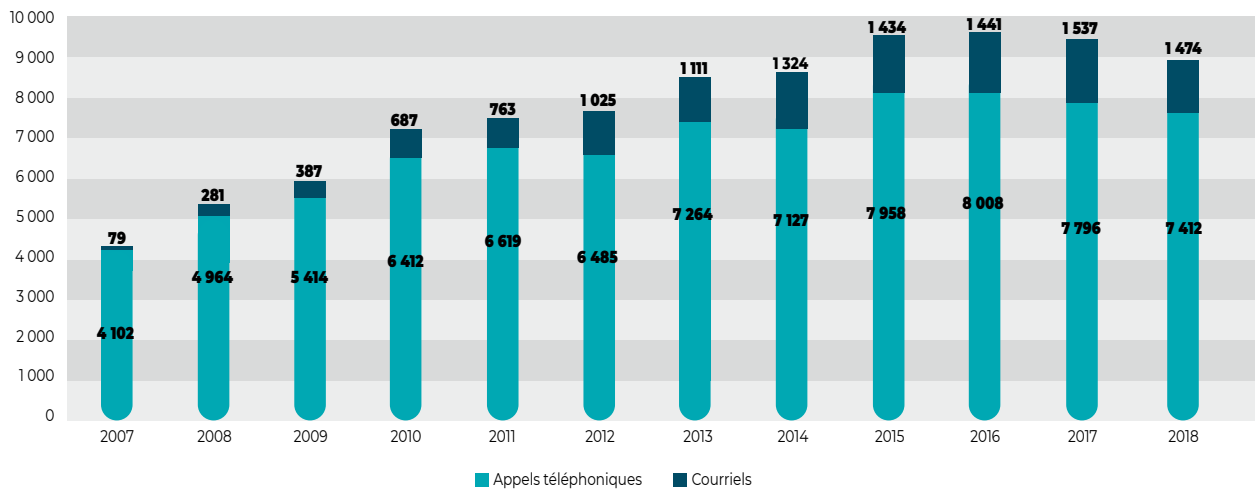
Santé Info Droits est un service confidentiel, gratuit, ouvert sans conditions d'adhésion, à tous, toute l'année, en continu.

L'équipe d'écouterants 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 offrent par ailleurs des moments de partage et d'échanges d'expériences et de pratiques.

Activité de Santé Info Droits



En 2018, 8 886 sollicitations ont été traitées, soit 7 412 entretiens téléphoniques et 1 474 courriels.

En 2018, l'équipe de Santé Info Droits a compris 15 écoutants qui sont intervenus dans le cadre des permanences du dispositif :

- ▶ Ludovic BEAUNE
- ▶ Gwendoline DA COSTA GOMES
- ▶ Marcelle FOUALEM
- ▶ Caroline GHERON
- ▶ Morgane GUEGUEN
- ▶ Charlotte HODEZ
- ▶ Anne-Laure JOYEUX
- ▶ Camille MAGDELAINE
- ▶ Sébastien MERIAU
- ▶ Besma MAGHREBI-MANSOURI
- ▶ Quentin MAMERI
- ▶ Patrick MONY
- ▶ Sidonie ROUFIAT
- ▶ Anne SOULELIAC
- ▶ Marine THISSE

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

Julie LASERAZ, élève avocat, a également renforcé l'équipe au cours d'un stage de 6 mois, pendant le second semestre.

L'annexe de ce rapport est consacrée 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

Au-delà de la délivrance d'une information individualisée auprès des milliers de personnes sollicitant Santé Info Droits (plus de 60 000 usagers du système de santé, représentants d'usagers ou intervenants associatifs depuis la création de la ligne !), nous poursuivons l'objectif constant de recueillir, recenser et analyser les problématiques exprimées à cette occasion.

Cette collecte d'informations permet ainsi d'alimenter ce présent observatoire de France Assos Santé avec l'ambition de porter résolument la voix des usagers pour améliorer et rendre toujours plus effectifs les droits des personnes malades, des personnes en situation de perte d'autonomie et, de manière générale des bénéficiaires du système de santé.

Avant de détailler des sujets pour lesquels la récurrence ou le caractère émergent ont retenus plus particulièrement notre attention, quelques mots concernant la structuration des sollicitations par grandes thématiques.

Celle-ci se caractérise par une stabilité certaine. Ainsi, dans des proportions analogues à celles rencontrées les années précédentes, les questions relatives aux droits des usagers dans leur recours au système de santé restent de très loin la première cause de recours à Santé Info Droits puisque c'est le cas dans plus d'un tiers des échanges.

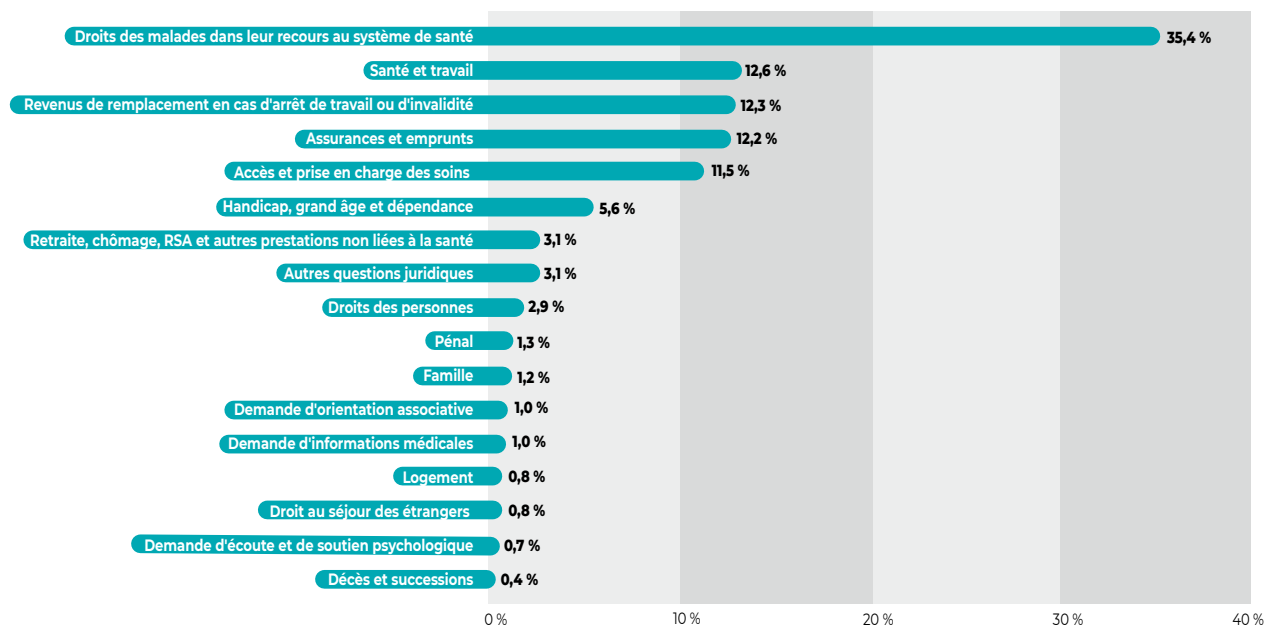
Viennent ensuite, dans des ordres de grandeur comparables, les questions relatives au travail, aux revenus de remplacement

en cas d'incapacité, à l'accès à l'emprunt et aux assurances, à l'accès et à la prise en charge des soins.

Plus largement, toutes thématiques confondues, les 12 sujets les plus souvent évoqués par nos interlocuteurs en 2018 ont été les suivants :

Accident médical	1 141
Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale	655
Accès au dossier médical	636
AERAS et accès à l'assurance	632
Pension d'invalidité de la Sécurité sociale	509
Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale	501
Consentement et soins sous contrainte	438
Arrêt maladie et droit du travail	319
Accident du travail et droit du travail	211
Rupture du contrat de travail	193
Fonctionnement des établissements de santé	192
Accès aux régimes obligatoires de l'assurance maladie et à l'AME	190

Répartition des sollicitations par thématiques



Une des caractéristiques de Santé Info Droits est d'être sollicitée par des personnes dont les situations médicales et personnelles sont très diverses.

Une analyse plus affinée des sollicitations par pathologies ou situation montre que la répartition des thématiques est en réalité fortement impactée par la situation médicale des usagers de la ligne.

Les données suivantes permettent d'appréhender le poids relatif de telles ou telles pathologies sur ces données globales, sachant que les pathologies sont identifiées et évoquées spontanément par nos interlocuteurs dans 60 % des cas environ.

Les douze premières pathologies ou situations médicales identifiées en 2018 sont les suivantes :

Cancer/Tumeur	12,57 %
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	11,86 %
Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autre que celles identifiées par ailleurs)	7,97 %
Dentaire	5,66 %
Fibromyalgie	4,78 %
Dépression	4,60 %

Maladie cardio-pulmonaire	3,72 %
Maladie rare	3,36 %
Age et dépendance	2,83 %
V.I.H.	2,83 %
Déficiência visuelle ou cécité	2,48 %
Grossesse et accouchement	2,48 %

Dans le tableau de la page 10, sont présentées pour chaque type de pathologies ou de situations médicales :

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

En termes d'évolution par rapport à l'année précédente, une baisse sensible de l'ensemble des sollicitations est à noter (-4.8%).



OBSERVATIONS DES PROBLÉMATIQUES EXPRIMÉES PAR LES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS

	DROITS DES USAGERS DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ	TRAVAIL	REVENUS DE REMPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ)
ENSEMBLE DES APPELS	35,4%	12,6%	12,3%
Addiction	63,9%	5,6%	0,0%
Affection iatrogène	83,3%	0,0%	0,0%
Age et dépendance	49,3%	1,4%	0,0%
Alzheimer	61,7%	0,0%	2,1%
Autisme	30,4%	4,3%	0,0%
Accident vasculaire cérébral	51,1%	3,4%	2,3%
Burn-out	0,0%	55,2%	29,9%
Cancer/Tumeur	28,5%	8,4%	10,9%
Déficience auditive et surdité	35,6%	4,4%	17,8%
Déficience visuelle et cécité	41,3%	10,3%	7,1%
Dentaire	68,1%	0,4%	0,0%
Dépression	18,0%	29,6%	29,2%
Diabète	26,6%	5,1%	7,6%
Epilepsie	20,5%	15,9%	2,3%
Fibromyalgie	4,2%	25,8%	31,8%
Greffe	38,5%	0,0%	0,0%
Grossesse et accouchement	59,8%	9,4%	13,4%
Handicap fonctionnel	21,2%	10,6%	7,1%
Hémophilie	0,0%	18,2%	0,0%
Hépatite C	33,3%	16,7%	8,3%
Infection nosocomiale	96,1%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	38,2%	0,0%	9,1%
Lupus	10,0%	10,0%	15,0%
Maladie de Crohn	11,1%	22,2%	22,2%
Mucoviscidose	14,3%	0,0%	14,3%
Myopathie	22,2%	0,0%	11,1%
Obésité	28,6%	0,0%	0,0%
Maladie de Parkinson	12,2%	15,6%	21,1%
Sclérose en plaques	2,6%	18,4%	22,8%
Schizophrénie	44,1%	1,0%	1,0%
Spondylartrite	5,9%	20,6%	20,6%
Troubles bipolaires	21,1%	11,9%	5,5%
Troubles musculo-squelettiques	18,8%	46,9%	34,4%
V.I.H.	12,9%	8,6%	4,3%
Maladie de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	60,6%	7,0%	5,6%
Maladie de l'appareil génito urinaire	72,7%	1,5%	9,1%
Maladie des artères, des veines	45,8%	0,0%	4,2%
Maladie auto-immune	17,6%	11,8%	0,0%
Maladie cardio-pulmonaire	41,2%	6,4%	7,0%
Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (hors diabète)	46,3%	2,4%	4,9%
Maladie de peau	77,8%	0,0%	11,1%
Maladie rare	18,3%	9,5%	12,4%
Maladie du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	44,4%	5,6%	0,0%
Maladie du système nerveux (autres que celle identifiée par ailleurs)	43,9%	15,8%	15,8%
Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celle identifiée par ailleurs)	38,7%	24,6%	22,1%
Maladie du système respiratoire (autre que celle identifiée par ailleurs)	47,4%	2,6%	15,8%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	59,2%	3,7%	3,9%
Décès cause non identifiée	89,4%	0,0%	0,0%

ASSURANCES ET EMPRUNTS	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
12,2%	11,5%	5,6%	3,1%	2,9%	0,8%
8,3%	2,8%	2,8%	0,0%	5,6%	0,0%
16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1,4%	10,0%	15,0%	1,4%	17,1%	0,0%
0,0%	6,4%	2,1%	0,0%	27,7%	0,0%
0,0%	39,1%	8,7%	0,0%	8,7%	4,3%
14,8%	14,8%	6,8%	2,3%	6,8%	1,1%
14,9%	0,0%	0,0%	9,0%	0,0%	0,0%
32,5%	14,0%	1,9%	1,7%	0,8%	1,9%
4,4%	13,3%	15,6%	0,0%	0,0%	0,0%
6,3%	22,2%	4,8%	0,8%	0,8%	0,0%
1,4%	30,9%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%
11,6%	7,3%	4,3%	3,4%	2,1%	0,0%
20,3%	22,8%	3,8%	0,0%	8,9%	2,5%
11,4%	11,4%	9,1%	0,0%	6,8%	2,3%
9,3%	12,3%	25,0%	3,4%	0,4%	0,4%
46,2%	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%
2,4%	9,4%	0,0%	3,1%	0,0%	0,8%
8,0%	9,7%	36,3%	6,2%	6,2%	1,8%
45,5%	27,3%	9,1%	18,2%	0,0%	9,1%
27,8%	13,9%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
21,8%	20,0%	7,3%	1,8%	0,0%	1,8%
65,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16,7%	8,3%	13,9%	5,6%	0,0%	2,8%
28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%
22,2%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%
28,6%	25,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
8,9%	7,8%	26,7%	8,9%	6,7%	0,0%
38,6%	6,1%	8,8%	1,8%	3,5%	0,0%
2,9%	7,8%	3,9%	1,0%	17,6%	2,9%
38,2%	5,9%	8,8%	2,9%	0,0%	0,0%
5,5%	0,0%	6,4%	2,8%	22,0%	0,0%
0,0%	9,4%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
35,3%	12,9%	7,2%	1,4%	1,4%	10,1%
7,0%	8,5%	4,2%	2,8%	2,8%	0,0%
3,0%	12,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
33,3%	12,5%	4,2%	0,0%	4,2%	0,0%
70,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23,5%	14,4%	3,7%	3,2%	2,1%	0,5%
22,0%	4,9%	0,0%	2,4%	0,0%	4,9%
7,4%	3,7%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
29,0%	18,9%	9,5%	2,4%	1,2%	3,0%
22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
14,0%	10,5%	8,8%	0,0%	8,8%	0,0%
7,3%	11,8%	3,8%	1,3%	0,8%	0,0%
7,9%	7,9%	7,9%	2,6%	0,0%	0,0%
2,5%	4,5%	5,2%	0,8%	9,1%	0,3%
2,9%	0,0%	1,9%	1,9%	0,0%	0,0%



Celle-ci se manifeste différemment selon les thématiques évoquées :

Droit au séjour des étrangers malades	42,3 %
Famille	26,1 %
Droit des personnes	9,2 %
Logement	9,0 %
Handicap, grand âge et dépendance	7,2 %
Accès et prise en charge des soins	0,5 %
Pénal	- 2,2 %
Droits des malades dans leur recours au système de santé	- 3,0 %
Ensemble des sollicitations	- 4,8 %
Travail	- 8,6 %
Accès à l'emprunt et assurances	- 12,3 %
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	- 12,7 %
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	- 24,4 %

On remarque ainsi que les thématiques les plus modestes en nombre sont aussi celles qui ont fait, cette année, l'objet de plus fortes augmentations. S'il nous est malaisé de connecter cette croissance à une actualité juridique ou à l'émergence de difficulté particulière, les lacunes d'information claires et accessibles pourraient justifier des besoins plus importants des usagers sur ces thématiques : le champ des possibles s'ouvre aux rédacteurs des fiches *Santé Info Droits Pratique*.

De cette année remplie de questions, de craintes, d'incompréhensions, de colères même parfois, l'Observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades tente une fois de plus de dresser un tableau fidèle, sinon exhaustif.

Ce rapport intègre également en annexe les résultats de notre enquête-flash annuelle, administrée auprès de 213 usagers du 8 au 26 octobre 2018 et consacrée à la téléconsultation.



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

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

L'année 2018 ne déroge pas à la règle : les questionnements juridiques des usagers dans leurs relations au système de santé dominent toutes les thématiques avec ses 35 % de sollicitations.

C'est parce qu'on y retrouve des personnes malades chroniques dont l'une des contraintes principales est la fréquentation des établissements et des professionnels de santé et leurs interrogations se multiplient légitimement à mesure qu'ils bénéficient de soins.

Il s'agit également de personnes qui peuvent avoir recours au système de santé pour un soin ponctuel mais qui sont confrontées au cours de celui-ci à un événement indésirable.

Une fois n'est pas coutume, nos choix éditoriaux ne porteront pas cette année sur la sous-thématique prépondérante, en nombre, des accidents médicaux, sachant qu'elle a fait l'objet de nombreuses analyses jusqu'à présent.

Ainsi, il lui a été préféré, cette année, l'exploration de certaines difficultés d'accès aux dossiers médicaux qui sont classées dans la thématique « Droit à l'information », deuxième sujet de sollicitations, ainsi que les pistes à envisager pour pallier celles-ci.

La question des discriminations et des refus de soins, sujet de préoccupation majeure pour France Assos Santé, va également bénéficier d'un partage de connaissances et d'expériences.

Et puis, enfin, il ne peut y avoir d'Observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades sans un focus sur le rôle prépondérant des représentants des usagers dans le respect de ces droits.

I.1. ORGANISATION PROFESSIONNELLE, DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DROITS DES MALADES : L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL À L'ÉPREUVE DU TEMPS

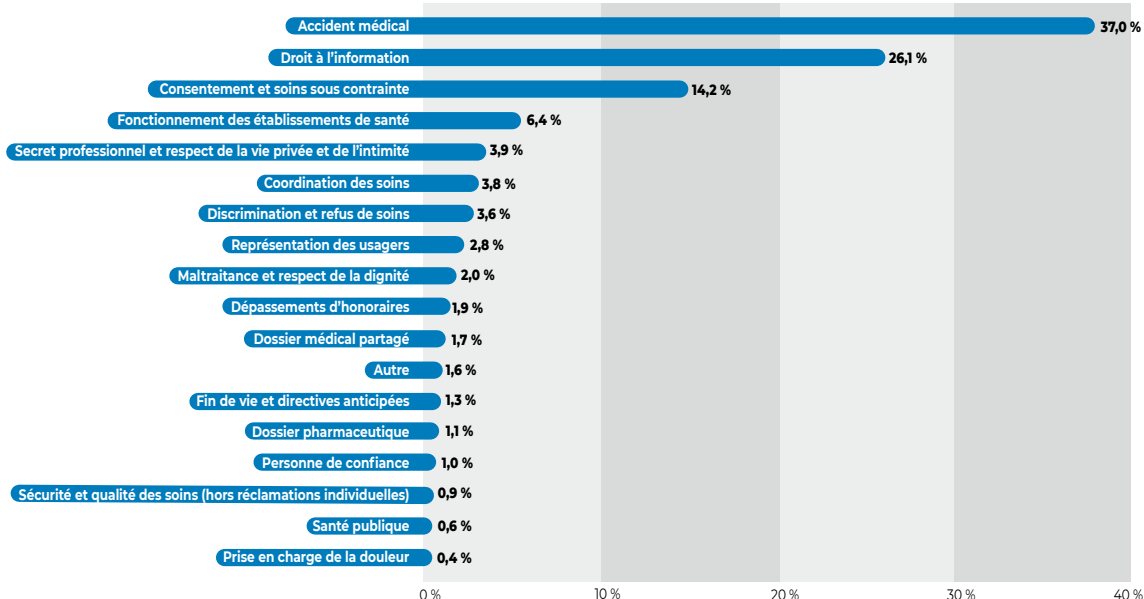
« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé,... », tel est le principe fondamental consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et consolidé à l'article L1111-7 du Code de la Santé publique. L'application de ce dispositif rencontre divers obstacles. Le premier réside dans la durée de conservation des informations.

« Concernant l'accès à un dossier médical, j'ai pris connaissance des règles suivantes :

- Le dossier médical est conservé 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe ;
- Lorsque la durée de conservation du dossier médical s'achève avant le 28^e anniversaire du patient, la conservation est prorogée jusqu'à cette date ;
- Dans tous les cas, si le patient décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement de santé, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

Pour mon cas personnel, je recherche des informations sur une hospitalisation ayant eu lieu en 1990 ou 1991 (la date n'est plus très précise en mémoire) dans un hôpital proche de mon lieu d'habitation à cette date. Ensuite je n'ai plus eu personnellement d'hospitalisation. »

Répartition des sollicitations



« J'ai pris du Levothyrox et je veux savoir si la pharmacie peut refuser de me communiquer le numéro de lot du médicament pris à la suite de la nouvelle formule que je prends depuis mai 2017. Et je veux récupérer mon dossier médical mais le médecin me dit qu'il ne l'a plus, qu'il ne devait le garder que 10 ans, c'est vrai ? Il a quel délai de conservation ? »

« Je souhaiterais savoir quel est le délai de conservation minimum des dossiers par un médecin généraliste ? Mon médecin part à la retraite. Mon mari est décédé en 2010 et je crois que j'ai une pathologie qui ressemble à la sienne. J'ai demandé à mon médecin et il m'a dit qu'il ne conservait pas les dossiers plus de deux mois. C'est normal ? »

Si, à l'instar du premier témoignage très précis et très juste, les textes sont clairs sur les obligations de conservation des informations médicales par les établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics, il en va autrement des professionnels de santé qui exercent en libéral.

En effet, aucun texte, qu'il soit législatif, réglementaire ou déontologique ne vient régir cette problématique pourtant d'un enjeu considérable pour les usagers.

Qu'il s'agisse de faire valoir ses droits en cas d'accident médical, de connaître son historique médical, notamment lorsque l'on a été hospitalisé enfant, ou de comprendre un éventuel patrimoine génétique pathologique, les demandes d'accès au dossier médical par les patients eux-mêmes ou par leurs ayants droit à leur décès sont toutes à la fois légitimes et légales.

Etre confronté à une destruction prématurée de son dossier est difficile à accepter au regard de ces enjeux.

En appui du principe exposé à l'article R4127-45 du Code de la Santé publique selon lequel les informations médicales sont conservées sous la responsabilité du médecin, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est prononcé sur cette problématique avec les préconisations suivantes : « **L'alignement sur le délai de 20 ans retenu dans les établissements de santé pour la conservation des archives paraît raisonnable et à recommander** ; Qu'il s'agisse des dossiers "papiers" ou informatiques, ils doivent être conservés dans des conditions qui garantissent leur confidentialité et leur intégrité ; Il est indispensable de signaler au conseil départemental le sort et le lieu de conservation des dossiers. ».

De son côté, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes invite les professionnels à conserver les données de santé collectées pour chacun de leurs patients pour une **durée de trente ans**.

Il y a de quoi s'y perdre pour l'utilisateur avec des textes qui, de surcroît, n'empotent pas obligation pour les professionnels.

A l'instar de ce qui a été fait pour le délai de prescription de l'action en responsabilité médicale, il conviendrait d'harmoniser les délais de conservation des dossiers médicaux, de sorte qu'il n'y ait plus de rupture d'égalité dans l'exercice de ses droits selon que l'on est soigné en ville ou en établissement.

L'autre obstacle auquel sont de plus en plus confrontés les usagers de professionnels d'exercice libéral réside surtout dans la rupture de continuité des soins suite à une fermeture de cabinet ou un départ à la retraite :

« Mon rhumatologue est parti du jour au lendemain. Il serait décédé... Aucune information n'a été donnée. La ligne téléphonique est coupée, pas de répondeur. »

« Mon dermatologue m'avait indiqué l'année dernière son souhait de vouloir partir en retraite durant l'été 2018 et qu'elle n'avait trouvée personne pour reprendre le cabinet et sa clientèle. Aujourd'hui, j'essaie de la contacter par téléphone en vain. Comment puis-je faire pour récupérer mon dossier médical afin d'être suivi par un autre médecin ? »

« Je ne parviens pas à récupérer mon dossier médical chez la gynécologue qui m'a suivie pendant de nombreuses années à Toulouse. Quand je lui ai téléphoné à cet effet en 2016, son associée m'a répondu qu'elle était partie à la retraite et qu'aucun des dossiers de ses patientes n'avaient été conservés par le cabinet, qu'il fallait que je vois ça directement avec elle. Mais elle n'a pas su me dire comment la contacter. J'ai cherché et trouvé un numéro de téléphone et une adresse à son nom, mais pas de réponse à ce numéro, pas de réaction aux messages laissés sur son répondeur, et quand je lui ai envoyé un courrier il m'est revenu avec la mention "n'habite pas à l'adresse indiquée". »

« Je cherche à obtenir mon dossier dentaire auprès d'un dentiste qui est parti à la retraite. J'ai appelé le conseil de l'ordre qui a une adresse personnelle mais ne sait pas s'il y est toujours domicilié. Comment faire si ce n'est pas la bonne adresse ? Comment engager un recours en indemnisation sans dossier médical ? »

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a produit une note à destination des médecins sur cette obligation de conservation du dossier médical et sur les dispositions à prendre en cas d'interruption d'activité : il est préconisé en premier lieu

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

d'informer par tout moyen sa patientèle puis de lui proposer une transmission du dossier au médecin successeur désigné par chaque patient (et pas automatiquement à celui reprenant son cabinet médical). Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins apporte, quant à lui, le soutien nécessaire au médecin, à sa famille, s'il est décédé, et au patient à la recherche de son dossier. Au regard des témoignages précités, ces instructions ne semblent pas toujours suivies à la lettre.

Selon l'Atlas 2018 de la démographie médicale, « on observe depuis 2010, une augmentation du nombre de médecins sortants pour départ en retraite sans activité. Cette tendance corrobore avec le vieillissement du corps médical. »¹

En 2017, l'âge moyen des médecins est de 57 ans et 41 % des médecins inscrits à l'ordre sont âgés de plus de 60 ans. Les départs à la retraite augmentent d'année en année, la question de la transmission et de la conservation des dossiers des patients va donc devenir prégnante.

Dans ce contexte général, le Dossier médical partagé (DMP) va devenir un outil très pertinent pour les usagers qui souhaiteront accéder à toutes les informations médicales les concernant :

« Je souhaiterais avoir accès à mon dossier médical. J'aimerais donc connaître les démarches à suivre sachant que mon médecin traitant de l'époque est à la retraite, et que j'ai par la suite changé plusieurs fois de médecin traitant. Aussi, combien de temps sont conservés les dossiers médicaux tenus par les médecins traitants car ma demande concerne mon enfance ? »

A la réserve près qu'il faudra, pour une véritable efficacité, la participation de tous les professionnels et établissements de santé au dispositif. Car un DMP lacunaire ne présentera qu'un intérêt limité. Il est à noter que cette question du DMP mobilise de plus en plus d'usagers de Santé Info Droits puisque les sollicitations ont bondi de 300 % en 2018. La campagne de communication de l'Assurance maladie, désormais pilote du dispositif, semble donc porter ses fruits.

I.2. REFUS DE SOINS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE RÉALITÉ AU SIGNALÉMENT ET À LA SANCTION COMPLEXE

« Ma mère avait rendez-vous chez le dentiste. Installée sur le fauteuil dentaire, il lui a demandé comment elle avait l'intention de payer. Ma mère lui répondit qu'ayant la CMU complémentaire, elle n'avait rien à payer. Le dentiste lui dit alors qu'il ne prenait pas la CMU-C et, relevant brutalement le fauteuil, il lui intima l'ordre de partir. Nous voudrions protester contre ce refus de soins. »

Le refus de soins fondé sur un motif discriminatoire est illégal et condamnable pénalement, disciplinairement et conventionnellement. **L'article L1110-3 du Code de la Santé publique expose le régime juridique applicable :**

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de L225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L861-1 et L863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

1. Atlas 2018 de la démographie médicale publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

1. La notion de refus de soins

Les refus de soins ne sont pas toujours exprimés aussi catégoriquement et limpide que le premier, cité en introduction.

« J'ai été victime d'un refus de soins. J'avais pris un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste qui m'a prescrit un traitement et m'a remis un devis (avec dépassement d'honoraires naturellement). Il m'a ensuite demandé comment je comptais le régler. Je lui ai alors répondu que je n'avais rien à lui régler étant bénéficiaire de l'ACS [aide au paiement de la complémentaire santé]. Il m'a soutenu qu'il était chirurgien-dentiste et pas médecin. Lors du deuxième rendez-vous, il ne m'a fait aucun soin et il a juste vérifié comment allait la dent à laquelle j'avais mal. Je m'en suis étonné et il m'a répondu qu'il me soignerait lorsque j'aurai signé le devis, ce que je n'ai pas fait vu qu'il ne respectait pas l'ACS. Il m'a ensuite fait sortir manu militari de son cabinet sans même demander à être payé. Lorsque j'ai dit que je signalerai au conseil de l'ordre et à la CPAM, la secrétaire a rouvert la porte pour me dire que ce n'était pas du refus de soin et que le docteur acceptait de prendre en charge les patients ACS lorsqu'ils acceptaient de payer les soins... »

« Je suis à la CMU complémentaire et le secrétariat de ma gynécologue m'indique qu'elle refuse de faire le tiers-payant. La Sécurité sociale me dit que c'est illégal. Mais je ne veux pas laisser passer, cela n'est pas normal. Que faire ? »

« J'ai été suivie quelques temps dans un centre dentaire. J'étais bénéficiaire de la CMU. Après quelques consultations, le chirurgien dentaire du centre **m'a orientée vers l'hôpital en me disant que j'y serai mieux suivie**. Je pense qu'il s'agit d'une discrimination car j'arrivais de l'étranger avec des soins dentaires que ce chirurgien estimait mal faits. Que puis-je faire car aujourd'hui je n'ai plus de CMU et je dois me soigner et je ne peux plus financer ces soins. Je n'ai plus de CMU et l'ACS m'a été refusée. »

« Je suis bénéficiaire de la CMU-C. J'ai vu un ophtalmologue qui m'a fait une ordonnance pour des verres de lunettes. Mais l'opticien chez qui je me suis rendu me demande d'avancer les frais au motif qu'il aurait eu **plusieurs problèmes avec des bénéficiaires de la CMU-C affiliés à ma mutuelle**. Je voudrais signaler ce refus abusif. »

Ainsi, les refus de soins ne sont pas toujours constitués par des refus directs de délivrer des soins mais par des stratégies dissuasives, comme le refus d'appliquer des avantages dus au bénéficiaire de ces dispositifs pour leur permettre un réel accès aux soins. C'est le cas par exemple pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, à qui les professionnels de santé doivent appliquer le tiers-payant (c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas avancer les frais, c'est au professionnel de se faire rembourser par l'Assurance maladie, directement), et ne pas leur imposer des dépassements d'honoraires qu'ils n'ont pas les moyens de payer.

De même, l'orientation injustifiée vers l'hôpital alors que les soins peuvent être prodigués en ville peut constituer un refus de soins.

C'est la raison pour laquelle les associations de défense des usagers réclament depuis de nombreuses années que la loi et ses sanctions s'appliquent également aux situations de refus de soins « détournés » listées par une circulaire CIR-33/2008 de la Caisse Nationale d'Assurance maladie du 30 juin 2008 :

« Les situations susvisées [de refus de soins] peuvent être les suivantes :

- La fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ;
- L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;
- Le refus d'élaborer un devis,
- Le non-respect des tarifs opposables (sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes « hors panier de soins » ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis) ;
- L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé ;
- Le refus de dispense d'avance des frais... ».

2. Les motifs de refus de soins

L'article L1110-3 renvoie à la liste du Code pénal sur ce point : origine, sexe, situation de famille, grossesse, apparence physique, particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, patronyme, lieu de résidence, état de santé, perte d'autonomie, handicap, caractéristiques génétiques, mœurs, orientation sexuelle, identité de genre, âge, opinions politiques, activités syndicales, capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

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

« Je suis bénéficiaire de la CMU-C. Je suis actuellement chez un **ORL à PARIS** qui refuse de me prendre au motif que je suis **CMU-C du département 95**. »

« Un établissement refuse de me recevoir en **dialyse** parce que je suis **séropositif**. Que faire ? »

« J'ai fait 3 ans d'hôpital. Depuis le 3 février 2018, je suis rentré à mon domicile. La clinique où je me trouvais a fait une demande pour que je sois hospitalisé à mon domicile. Donc l'assistance sociale a fait une demande au service spécialisé qui s'occupe de l'hospitalisation à domicile. Celui-ci a répondu que **mon poids étant supérieur à 75 kg**, il ne pouvait pas me prendre en charge (je pèse 125 kg). Je suis victime d'une discrimination. Quelle action puis-je engager pour faire **reconnaître cette discrimination sachant que je suis handicapé**, paralysé des jambes je ne marche pas, et mon bras droit ne fonctionne plus. »

« J'ai été sujette à une discrimination dans un établissement de santé. J'ai des attaques de panique depuis 20 ans et la dernière fois que j'ai été hospitalisée, la cadre m'a dit que je ne pouvais plus rester, que je gênais les autres patients. Je n'ai rien fait qui justifie ce refus, je suis juste malade. Je ne comprends pas. Je suis sortie et, sur intervention de ma psy, je vais être admise de nouveau. Que faire ? »

Et puisqu'on se trouve dans le domaine de l'accès aux soins, il a été ajouté aux motifs classiques de discrimination, le fait d'être bénéficiaire de la CMU complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME).

« J'ai un souci avec un dentiste en matière d'orthodontie. Après avoir indiqué que j'avais basculé sur la CMU-C, le cabinet a annulé mon rendez-vous... »

« Madame, Monsieur, Je souhaite porter à votre attention le fait que j'ai eu à subir un refus de soins de la part du docteur S. En effet, le 05/09/18, le docteur S, médecin généraliste exerçant au... à M. dans le 77. Elle m'a ausculté normalement et m'a demandé de régler 25 €, je l'informe que je suis bénéficiaire de la CMU-C et lui présente la carte Vitale et l'attestation CMU-C, >>>

>>> le docteur ne veut rien savoir et me demande le paiement des honoraires en invoquant les nombreux non-paiements de la Sécurité sociale, devant mon refus de paiement le docteur déchire le certificat médical et me demande de disposer. Je ne vous précise pas l'humiliation subie, et la souffrance due à l'angine que je n'ai pas pu me faire soigner. »

« Je suis nouvellement bénéficiaire de l'AME. J'ai pris rendez-vous chez le dentiste dans l'Essonne via une plateforme de prise de rendez-vous en ligne et j'avais bien signalé que j'étais à l'AME. Or le dentiste n'a pas voulu me recevoir car j'étais à l'AME. J'ai tout enregistré. J'ai prévenu le site Internet en question. Je fais quoi maintenant ? »

C'est sur ce motif que certains médecins ont affiché ouvertement, sur des plateformes de prises de rendez-vous en ligne, leur refus de soigner les patients. Médecins du Monde, la Fédération des acteurs de la Solidarité ainsi que France Assos Santé ont alors saisi le Défenseur des droits de cette discrimination flagrante et décomplexée. Fin 2018, celui-ci a donc publié des recommandations à l'attention, d'une part, du gouvernement afin qu'il fixe un cadre légal en vue d'un bon fonctionnement de la prise de rendez-vous en ligne dans le respect du principe de la non-discrimination et, d'autre part, des plateformes pour empêcher les refus de soins discriminatoires. Ceci notamment via un contrôle des informations sur les pages des professionnels de santé.

Le Défenseur des droits a, par la suite, publié des brochures d'information sur cette problématique, à destination des usagers et des professionnels. Les associations ont été associées à leur relecture et à leur large diffusion.

Constituent, en revanche, des refus des soins légitimes, ceux « *fondés sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* », en dehors des situations d'urgence médicale et sous réserve de respecter la continuité des soins du patient, en l'orientant vers un autre professionnel.

C'est cette dernière condition qui pose parfois difficulté : les patients reçoivent souvent des refus sans alternatives et se retrouvent alors en pleine errance médicale, à l'instar des situations décrites ci-dessous...

« J'ai été suivi pendant deux ans par un psychiatre hospitalier. J'ai raté un rendez-vous en février pour des raisons météorologiques et m'en suis excusé. Depuis, je n'arrive pas à obtenir un nouveau rendez-vous. Là, une secrétaire vient de me dire qu'en fait le psychiatre ne souhaitait plus me suivre et qu'il fallait que je vois avec un autre médecin, sans m'indiquer des coordonnées. »

« Je vous appelle pour le fils de mon cousin qui est anorexique. Il a été hospitalisé en médecine générale une première fois et est parti. Là, il est allé en psychiatrie. Or il a besoin de soins pour son foie et l'hôpital général où il a été refusé de le réadmettre. Même les psychiatres disent qu'il doit recevoir des soins. Que faire ? »

« J'ai une ordonnance d'un gastro qui me prescrit un colioscanner. J'ai appelé l'hôpital pour le faire mais ils ne veulent pas me donner un rendez-vous car c'est une ordonnance d'un médecin extérieur. Ils ont le droit de faire cela ? »

Enfin, il faut avoir à l'esprit que les refus de soins, même légaux, prennent une ampleur considérable dans les territoires à faible densité médicale.

3. La sanction des refus de soins illégaux

« J'ai fait l'objet d'un refus de soins par un médecin généraliste car je présentais la feuille accident de travail fournie par mon employeur dans le cadre d'un accident du travail. J'ai saisi le conseil de l'ordre des médecins. Je suis convoqué demain à une commission de conciliation de l'ordre des médecins. Comment ça se passe ? Cela veut dire qu'il n'y aura pas de poursuites ? Et, du coup, pour obtenir des dommages et intérêts, je fais comment ? Car mon état de santé s'est dégradé du fait de ce refus de soins qui a causé un retard dans la prise en charge médicale. »

Les actes discriminatoires, quel que soit leur domaine d'exercice, sont passibles de sanctions pénales.

En matière de santé, des recours alternatifs à la plainte pénale sont également ouverts :

- le Conseil de l'Ordre du professionnel concerné parce que tous les codes de déontologie proscrivent le traitement inégal des patients ;
- la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) avec laquelle les professionnels du secteur signent une convention qui les engage à respecter les textes réglementaires ;
- le Défenseur des droits dont le champ d'intervention couvre les discriminations.

La loi HPST de 2009 a créé une commission de conciliation réunissant les ordres professionnels et la CPAM (cf. article L1110-3). Cependant cette commission présente deux inconvénients majeurs : elle ne sera effective qu'après publication d'un décret d'application, qui n'a pas vu le jour depuis près de 10 ans. De surcroît, elle ne comprend pas, en son sein, de représentants des usagers.

Par ailleurs, quel patient est en mesure de concilier avec un médecin qui lui a refusé les soins en raison de ce qu'il est, de ce qu'il représente, de sa situation sociale ?

Le seul remède efficace à ces pratiques reste la formation des professionnels, dans un objectif de prévention, et la sanction des comportements discriminatoires.

Car les usagers à qui les soins sont refusés de manière récurrente sont amenés à renoncer à se soigner, se sentent stigmatisés, rejetés, à l'instar de cette personne :

« Je pense être victime de mauvais soins par un dermatologue qui me dit qu'il ne peut plus rien faire pour moi. Je pense que c'est parce que je suis à la CMU-C. Je ne sais pas ce que je peux faire. Qui va accepter de continuer mes soins maintenant ? »

Dans ce contexte, les associations espèrent que les travaux des Commissions des refus de soins instituées par la loi de 2016 au sein des ordres des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) pourront permettre d'offrir aux usagers plus de sécurités en matière d'accès aux soins. Composées de professionnels, de représentants de l'Assurance maladie et du Fonds CMU-C, et d'associations d'usagers, dont France Assos Santé, ces commissions poursuivent l'objectif d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus de soins. Parmi les moyens envisagés, le décret précise qu'il est possible de recourir à des études, des enquêtes auprès des patients, des tests de situation : cette dernière pratique couramment utilisée et ayant fait ses preuves dans d'autres domaines de discrimination est pour le moment rejetée par les professionnels, et notamment les médecins. Les commissions doivent pourtant analyser ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution, produire des données statistiques sur la base de ces analyses et émettre des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients qui ne savent pas toujours qu'ils sont victimes d'actes illégaux et ne sont pas toujours en mesure de les signaler parce qu'ils n'ont pas la méthode, les codes, les connaissances adaptées, le temps, les moyens linguistiques et financiers

C'est dans ce contexte que France Assos Santé diffuse sur son site Internet une fiche Santé Info Droits pratique (A.10) ainsi que des lettres-types (A.10.1) de signalement dont peuvent s'inspirer les victimes ou les associations qui les accompagnent.

I.3. LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ OU L'EXERCICE INDÉPENDANT D'UNE MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

La représentation des usagers du système de santé est la raison d'être de France Assos Santé. C'est en 1996 que la présence de représentants des usagers est envisagée, pour la première fois, dans les conseils d'administration des établissements

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

publics de santé, puis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a élargi la présence de représentants d'usagers au sein d'autres instances. Un agrément a été créé à cette occasion : attribué par la Commission nationale d'agrément (dépendant du Ministère de la santé), il permet aux associations d'usagers qui en bénéficient de proposer la désignation de représentants des usagers. France Assos Santé est composée uniquement d'associations agréées à ce titre (au nombre de 80 à ce jour).

D'autres lois sont ensuite venues renforcer la représentation des usagers. Désormais, la plupart des instances du système de santé prévoient leur présence, que ce soit au niveau nationale comme l'Agence nationale de Sécurité du médicament ou la Caisse nationale d'Assurance maladie ou au niveau local, comme les Commissions des usagers au sein des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ou encore au sein de commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux.

Ces représentants ont la mission de représenter l'ensemble des usagers, de défendre leurs intérêts et leurs droits. Pour cela, ils :

- observent les pratiques et le fonctionnement du système de santé à ses différents niveaux, notamment (mais pas seulement) en matière de respect des droits des usagers ;
- veillent à la bonne expression des attentes et besoins des usagers ;
- construisent une parole transversale et généraliste de l'utilisateur en santé : allant du constat à l'alerte ;
- participent à la définition de politiques en santé, au niveau de l'instance ou du territoire : élaboration, suivi, évaluation des décisions.

La majorité des sollicitations reçues par Santé Info Droits en la matière porte sur les mandats de représentants des usagers au sein des établissements de santé, et plus spécifiquement de la Commission des usagers (CDU). Pour deux raisons principales :

- c'est le mandat le plus important, en nombre, puisqu'il y a deux représentants des usagers (et deux suppléants) au sein de ces commissions, obligatoirement mises en place dans chaque établissement de santé public et privé ;
- c'est dans l'exercice de ce mandat que les représentants d'usagers sont le plus en contact avec les personnes qu'ils représentent, à savoir les usagers de l'établissement à qui se posent des problématiques d'ordre juridique et social en lien avec leur état de santé.

Ainsi, Santé Info Droits apporte son soutien juridique aux représentants des usagers (RU) aux prises parfois avec des manœuvres alarmantes de la part d'établissements de santé, à l'instar des échanges reproduits ci-après :

Question :

« Bonjour,

Je viens vous soumettre un problème rencontré par rapport à l'administration de l'établissement privé dans lequel je siège en tant que RU.

Selon l'application des textes de loi, les représentants d'usagers ont demandé à pouvoir voir les textes entiers des plaintes et réclamations et non plus uniquement une présentation sous forme de tableau. Cela nous a été accordé mais on nous a dit qu'on nous présenterait une **charte du représentant d'usagers** à signer.

Ce qui a été fait lors de la dernière commission de décembre.

Est-ce que l'hôpital dans lequel on est représentant d'usagers a le droit de faire signer un tel engagement ? Est-ce que cela ne nuit pas à l'indépendance qui doit être la nôtre ? Ne peut-on pas nous accuser d'être quelque part en partie lié à l'établissement ?

Pour ma part, je suis prête à signer une charte pour une commission pour laquelle l'hôpital m'a spécialement sollicitée. Mais pour la Commission des usagers, nous sommes désignés par l'Agence régionale de santé et elle seule me semble pouvoir demander des comptes ainsi que notre association au nom de laquelle nous siégeons. Quant au secret professionnel, les textes officiels ne sont-ils pas suffisants pour nous rappeler nos obligations ?

Lors de cette commission, nous étions un titulaire et un suppléant. Pour ma part, j'ai exposé ces arguments pour expliquer que je ne pouvais pas signer ce texte. Il a été décidé que nous y reviendrions.

La prochaine réunion de la CDU a lieu en avril et on nous soumet pratiquement le même texte avec simplement quelques corrections marquées en rouge. Je me demande quelle position adopter.

Sur le fond, ma position n'a pas changé et il me semble qu'il n'appartient pas à l'établissement de me dire que je dois « respecter les principes éthiques de l'association que je représente », par exemple.

Est-ce que vous connaissez des situations semblables dans d'autres établissements et pouvez-vous me donner votre avis ? Merci.

Bien cordialement. »

Réponse de Santé Info Droits :

La possibilité pour un établissement de santé de faire signer une « charte » aux représentants des usagers n'est prévue par aucun texte. Par conséquent, il nous semble que vous n'avez aucune obligation de signer ladite charte et que l'établissement de santé ne peut vous y contraindre.

Par ailleurs, concernant le secret professionnel auquel les représentants des usagers sont astreints, **l'article L1112-3 du Code de la Santé publique dispose que :**

« Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers. [...]

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-13 du Code pénal. [...]. »

Les garanties en matière du respect du secret professionnel avec référence au Code pénal sont suffisamment explicites pour affirmer que la signature ou non d'une charte n'apporte rien de plus sur le sujet.

Ces précisions juridiques apportées, nous sommes totalement en phase avec l'intégralité de vos interrogations, réflexions et réserves et l'établissement sort de son rôle.

Comme vous le soulignez fort justement, sur le fond et sur le principe, ce document pose un certain nombre de difficultés d'autant plus qu'il semble être présenté comme une contrepartie à votre demande d'avoir accès aux plaintes et réclamations. Cet accès étant consubstantielle à votre mission de représentant d'usagers et prévu par les textes (article R1112-80 du Code de la Santé publique), il n'est pas acceptable de la part de l'établissement de conditionner l'exercice normal de vos missions à la signature d'un tel document.

Il nous semble donc que vous pouvez être très légitime à vous opposer à la signature de cette charte.

N'hésitez pas à nous tenir informé des suites.

Retour de la RU :



« Bonjour,

Merci de la réponse détaillée que vous m'avez apportée.

Nous avons eu, hier, la réunion de la CDU et sommes donc revenus sur la Charte des représentants d'usagers, proposée par l'hôpital, avec la participation exceptionnelle du Directeur, la présidence de la CDU étant habituellement assurée par le vice-président du Conseil d'administration.

Forte des arguments que vous m'aviez donnés ainsi que d'une réponse similaire du formateur avec qui j'ai échangé sur le sujet lors d'une formation sur la Commission des usagers, organisée par France Assos Santé, ce projet est abandonné. Nous avons reparlé du règlement intérieur que nous avons voté à la première commission des usagers de 2017. En fin de réunion, différents documents nous ont été remis dont ce règlement intérieur. Je ne sais si nous serons sollicités pour y apporter des modifications mais, à mon avis, il est largement suffisant.

Point positif : à l'avant dernière CDU, en décembre, avant la réunion, j'avais exprimé, par courriel, mes réticences auprès des autres représentants des usagers qui n'avaient pas totalement compris mon positionnement. A la suite de celle de hier, il a été décidé que nous nous retrouverions désormais, titulaires et suppléants, en amont des CDU pour les préparer au mieux. »

I. DROITS DES MALADES DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ EN 2018

Cette tendance des établissements à vouloir faire signer des engagements écrits, là où la loi ne l'impose nullement peut parfois s'apparenter à des tentatives de muselage des représentants des usagers :

« Bonsoir,

Comme convenu par téléphone, je vous transmets en pièce-jointe un document (engagement au respect du secret professionnel par les membres de la CDU) que l'on m'a demandé de signer lors de ma dernière participation à la CDU de 2 février, document que j'ai refusé de signer car il est bien inscrit, dans nos missions, que le représentant des usagers est nommé au titre de son appartenance associative pour représenter les usagers, ce qui implique qu'il rende à la fois compte de son mandat à son association mais également aux usagers. Pour information sur les 17 membres de la CDU du centre hospitalier, seulement 6 personnes étaient présentes ce jour-là. Suite à mon refus de signer ce document, les 2 médecins présents m'ont annoncé que, pour la prochaine réunion, ils m'interdiront de participer ! Décision qui n'a pas été contredite par la présidente de la CDU. Pour ma part, je considère que nous devons bien sûr respecter le secret médical (comme nous le prescrit le Code de la Santé publique) mais si nous ne pouvons pas rendre à la fois compte de notre mandat à notre association mais également aux usagers, il n'y a pas d'intérêt à siéger. Notre mission, grâce notamment aux différentes formations effectuées, est de porter la voix des usagers comme un véritable acteur et non comme un spectateur. D'un point de vue juridique il serait urgent que l'on nous propose une formation à ce sujet. Pour ma part, j'ai informé l'ARS et France Assos Santé de ma région de ma difficulté à assurer ma mission de RU au sein du CH depuis 2014. »

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS

de Santé Info Droits sur la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » en 2018

ACCIDENT MÉDICAL

« Je vous appelle au sujet d'un litige que j'ai avec un médecin. Le docteur a considéré que j'avais une affection (tuberculose) pendant dix mois et, au final, j'avais un cancer. J'ai des éléments médicaux. J'ai saisi la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI). J'ai aussi demandé à mon assurance de protection juridique pour un avocat. Vous pensez quoi de mon dossier ? »

DROIT À L'INFORMATION

« Je fais régulièrement des examens en laboratoire et celui-ci envoie systématiquement les résultats à mon médecin traitant mais refuse de les transmettre. Je voudrais savoir si c'est un droit. »

« Je souhaiterais avoir accès à mon dossier médical (hôpital public, maternité) mais j'ai lu sur Internet qu'apparemment certains documents figurant sur le dossier médical pouvaient ne pas être fournis. Pourriez-vous me dire si cela est vrai et normal ? Comment être sûr qu'on ne nous cache pas certaines informations justement qu'on aurait retirées du dossier pour qu'on ne puisse pas engager la responsabilité de l'hôpital ? Car j'ai pu lire qu'ils avaient 8 jours pour répondre à notre demande écrite, envoyée en recommandé avec accusé de réception. »

CONSENTEMENT ET SOINS SOUS CONTRAINTE

« J'ai un ami qui est hospitalisé sous contrainte en psychiatrie. Il a un problème alcoolique. Cela fait 50 jours qu'il est hospitalisé. Il ne comprend pas pourquoi il ne sort pas. Il me dit qu'en 50 jours, il a vu seulement 2 ou 3 fois le psychiatre. »

FONCTIONNEMENT ET FACTURATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

« Je suis représentante des usagers dans une clinique. Lors de la dernière commission des usagers, on nous a présenté un nouveau formulaire d'entrée à faire signer par le patient, et au sein duquel il n'a pas d'autre choix que de prendre un forfait « pause gourmande + TV + trousse bulle » à 30 euros, même s'ils

ne prennent pas de douche ou ne veulent pas la TV. On me répond que, comme la pause gourmande se prend dans la salle où se trouve la TV, du coup, c'est normal qu'ils paient... »

SECRET PROFESSIONNEL

« Mon fils est majeur. Il est suivi en dans un centre médico-psychologique et je n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec son médecin sous prétexte qu'il est majeur. Est-ce normal ? »

COORDINATION DES SOINS

« Ma sœur est dialysée depuis plusieurs mois dans une clinique dans l'attente d'une greffe rein/foie. Elle a eu la mauvaise idée de se casser le col du fémur le 31 décembre, ce qui a entraîné son hospitalisation et opération en urgence. Après son intervention, elle a été envoyée dans la même clinique pour convalescence. Elle espérait pouvoir y reprendre sa dialyse. Or, j'apprends qu'elle lui a été supprimée sans raison dans la clinique et qu'elle est envoyée plusieurs fois par semaine à 50 km pour faire sa dialyse dans un autre hôpital. Du coup, je me demande comment faire pour l'aider car cette situation est doublement absurde : cela coûte encore plus cher à la Sécurité sociale et ma sœur est beaucoup plus fatiguée et risque vraiment de ne pas tenir le coup. »

REPRÉSENTATION DES USAGERS

« Est-ce que les représentants des usagers suppléants qui sont membres de la CDU votent pour désigner le président de la Commission des usagers ? »

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

« J'ai fait des séances de kinésithérapie (6 séances d'ondes de choc) et au moment de régler, la kiné me dit « j'ai oublié de vous dire qu'il y a un dépassement d'honoraires car l'appareil coûte cher » mais elle n'a pas englobé dans sa facture le supplément qui bien sûr a été rejeté par la SS et la mutuelle car hors-nomenclature, m'a-t-on dit. »

MALTRAITANCE

« Je suis la personne de confiance d'une personne prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle a des problèmes

de santé et ne peut pas rentrer chez elle. Seulement, elle est maltraitée dans cet établissement. Que faire pour que ça cesse ? J'ai déjà saisi l'Agence régionale de santé. »

DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

« Si je change de médecin référent, est-ce que mon DMP est automatiquement consultable par ce nouveau médecin ? »

FIN DE VIE ET DIRECTIVES ANTICIPÉES

« Mon père avait la maladie de Parkinson et une autre maladie. Il est décédé en début d'année. Il était hospitalisé à domicile. C'était terrible. L'équipe a mis en place un protocole de fin de vie mais ils n'ont pas respecté le souhait de ma mère que mon père continue à être alimenté. Mon père est resté deux mois sans manger. Ils ont refusé la sédation profonde et continue et nous ont accusés de vouloir euthanasier mon père. C'est monstrueux. Je voudrais faire remonter notre situation à la ministre. Que pouvons-nous faire ? »

DOSSIER PHARMACEUTIQUE

« Je vais à l'hôpital pour prendre un médicament pour mon mari. On me demande d'ouvrir un DP. Comment ça fonctionne ? »

PERSONNE DE CONFIANCE

J'ai 19 ans, j'ai été placée en famille d'accueil depuis mes 7 ans et je n'ai plus du tout de relation avec les membres de ma famille biologique sauf avec une demi-sœur. Je voudrais désigner ma personne de confiance parce que je n'ai pas du tout envie que ce soit eux qui décident à ma place. Puis-je désigner ma maman de cœur (celle qui m'a élevée) et comment faire ?

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

« J'ai été opérée par un neurochirurgien qui m'a changé 3 cervicales. Depuis, je souffre le martyr et il refuse de s'occuper de moi, disant que les suites opératoires n'étaient pas de son ressort. Avez-vous des idées pour soulager mes douleurs ? Qu'est-ce que je dois faire ? Je n'en peux plus, c'est horrible. »



II. SANTÉ ET TRAVAIL

II. SANTÉ ET TRAVAIL

Avec 12,6% des sollicitations, les questions relatives à l'impact de la santé au travail représentent pour la première fois le 2^{ème} sujet de sollicitations. Parmi les premiers sujets de sollicitations figurent l'incidence sur les relations de travail des arrêts maladie ou des accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que les ruptures du contrat de travail.

Evolution des appels de la thématique entre 2017 et 2018 :

Embauche et titularisation	75,0%
Médecine du travail et comité médical	50,0%
Aménagement de poste et reclassement professionnel	36,9%
Reconnaissance qualité de travailleur handicapé	10,5%
Accident du travail et maladie professionnelle	0,0%
Arrêt maladie	-1,8%
Congé d'accompagnement	-4,2%
Rupture du contrat de travail	-9,8%
Autorisations d'absence pour traitement	-15,4%
Harcèlement	-24,0%
Discrimination	-29,6%
Contrats de groupe santé et prévoyance	-30,9%
Temps partiel thérapeutique	-41,4%

Il est à noter une augmentation particulièrement significative des appels relatifs à l'embauche, aux services de santé au travail ainsi qu'à l'aménagement de poste et au reclassement.

Des aspects qui ont par ailleurs fait l'objet de multiples modifications législatives ces dernières années, légitimant ainsi pleinement le choix d'un double focus sur l'aptitude et la prise en compte de l'état de santé des travailleurs.

II.1. LE DIFFICILE RESPECT DES RECOMMANDATIONS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

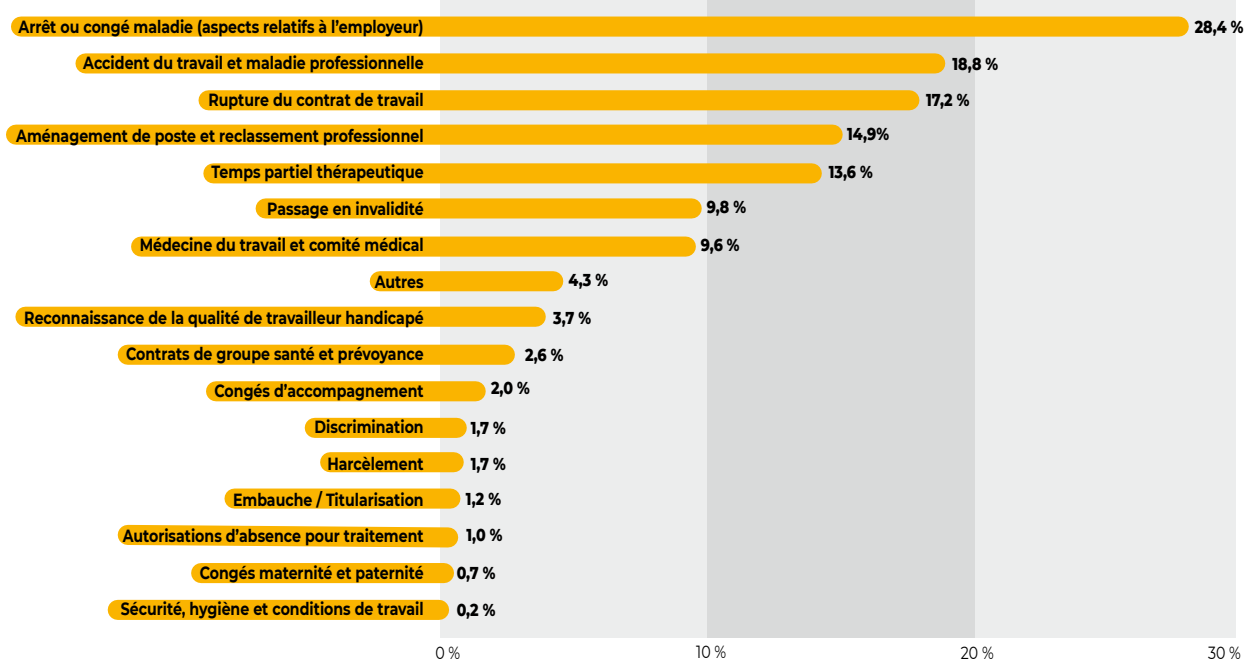
La Loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, appelée également « Loi Travail » ou « Loi El Khomri » proclamait l'objectif de sécuriser les salariés et les employeurs et d'améliorer la prévention et la santé au travail.

La poursuite de cet objectif se traduisait, selon l'exposé des motifs du texte législatif, par la suppression de la visite médicale d'aptitude systématique à l'embauche, le renforcement du suivi personnalisé des salariés tout au long de leur carrière, le renforcement du dialogue entre salarié et médecin du travail, la clarification des conséquences de l'avis d'inaptitude sur le contrat de travail et des voies de recours.

A l'occasion de notre observatoire 2016, nous nous inquiétions déjà de l'opportunité voire de l'efficacité de ces dispositions.

A l'aune des témoignages reçus sur la ligne cette année, qu'en est-il concrètement de cette « sécurisation », de ces « renforcement du suivi » et « clarification » ?

Répartition des sollicitations



L'aménagement du poste de travail

Un des rôles primordiaux des services de santé au travail est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (article L4622-2 du Code du travail). L'énoncé de cette mission n'a d'ailleurs pas été modifié par les textes récents.

En revanche, les ajouts législatifs précisent les modalités et contours de l'intervention du médecin du travail en les dissolvant par étapes successives.

Ainsi, en matière d'aménagement du poste, « le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur » (article L4624-3 du Code du travail).

Il est prévu à l'article L4624-6 du Code du travail que : « L'employeur est tenu de prendre en considération l'avis et les indications ou les propositions émis par le médecin du travail [...]. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. »

Ces modifications ont-elles apporté la clarification et la fluidité escomptées ? Rien n'est moins sûr à la lecture des témoignages remontant sur la ligne :

« Je suis suivie par le centre antidouleurs en attente de la reconnaissance de ma pathologie. J'ai été affectée au poste d'agent d'accueil, travail inadapté, 7 h sans pause, horaires 15/22, 4 soirs sur 5. Le médecin du travail n'a pas délivré le certificat d'aptitude et a fait des propositions à l'employeur qui ne sont pas respectées. Je suis obligée d'être en arrêt de travail pour continuer à me soigner, ce que je ne peux pas faire en rentrant tard de mon travail. Je suis de plus en plus mal. Quels sont les droits, que dois-je faire ? »

« Le médecin du travail me déclare apte à reprendre le travail avec restrictions et sur 24 heures par semaine. Mon employeur souhaite en conséquence modifier mon poste, alors même que je pourrais très bien reprendre le mien. Il me dit que, par précaution, il ne le souhaite pas car cela m'imposerait de faire des ouvertures et fermetures seule mais je sais que ce n'est qu'un prétexte car en général cela ne lui pose pas de difficultés. Le médecin du travail me dit qu'il n'y aurait aucun problème. Que puis-je faire ? »

Beaucoup trop de situations révèlent des blocages pour lesquels les salariés et les médecins du travail se retrouvent démunis face à la mauvaise volonté de l'employeur. Pourtant, la marge de manœuvre de l'employeur est réduite car il est théoriquement tenu de prendre en considération les préconisations de la médecine du travail, sauf à en faire connaître les raisons contraires.

Rappelons, de plus, qu'une obligation de sécurité s'impose à l'employeur. Il est prévu qu'il lui faut prendre les « mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (article L4121-1 du Code du travail).

La Cour de cassation avait eu l'occasion de préciser sous l'empire de l'ancien texte qu'en n'appliquant pas la préconisation du médecin du travail, dont il avait été informé, l'employeur manquait à son obligation de sécurité, ce qui justifiait sa condamnation à verser des **dommages et intérêts** au salarié.

Reste à ce que les salariés s'emparent de ces moyens en saisissant les juridictions dans un environnement qui s'avère à cet égard particulièrement problématique.

Une procédure contentieuse devant les prud'hommes particulièrement critiquable

Avant les multiples réformes intervenues en la matière, les contestations relatives à l'appréciation de l'aptitude par la médecine du travail relevaient de la compétence exclusive du médecin-inspecteur du travail.

Il n'en est plus de même depuis l'application de la Loi « El Khomri » puis des ordonnances « Macron ».

« Je suis avocate. Dans le cadre de mon activité professionnelle, je voulais vous faire part d'une expérience qui m'a tout particulièrement scandalisée. Je défendais une salariée aux prud'hommes face à un employeur qui refusait de prendre en compte les demandes d'aménagement liées à la situation médicale de ma cliente. Il se trouve que cette dame est atteinte d'une pathologie qui nécessite le recours à une poche de stomie. En audience publique, j'ai trouvé particulièrement hors de propos et dégradant pour ma cliente que, pour apprécier le bienfondé de l'avis du médecin du travail, des aspects aussi intimes aient dû faire l'objet de longs développements devant des interlocuteurs qui n'ont de surcroît aucune compétence... »

Cette description illustre crûment le caractère préoccupant des dispositions issues du nouvel article L4624-7 du Code du travail.

Que prévoit exactement cet article qui porte en lui beaucoup de vices ?

II. SANTÉ ET TRAVAIL

« I. - Le salarié ou l'employeur peut saisir le conseil de prud'hommes en la forme des référés d'une contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale [...]. Le médecin du travail, informé de la contestation par l'employeur, n'est pas partie au litige.

II.- Le conseil de prud'hommes peut confier toute mesure d'instruction au médecin inspecteur du travail territorialement compétent pour l'éclairer sur les questions de fait relevant de sa compétence. Celui-ci, peut, le cas échéant, s'adjoindre le concours de tiers. A la demande de l'employeur, les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail peuvent être notifiés au médecin que l'employeur mandate à cet effet. Le salarié est informé de cette notification.

III.- La décision du conseil de prud'hommes se substitue aux avis, propositions, conclusions écrites ou indications contestés. »

La liste des défauts de ces dispositions est longue :

On peut penser en premier lieu qu'il porte atteinte à la vie privée et au respect du secret médical des travailleurs car s'il prévoit le recours au médecin-inspecteur du travail il ne s'agit que d'une faculté à la discrétion des conseillers prud'hommes pouvant avoir le choix d'apprécier les différents éléments lors de l'audience.

En second lieu, pour obtenir cette expertise, le salarié va devoir en pratique exposer en public et oralement l'ensemble de ses pathologies. Pour pouvoir exercer ses droits, le salarié devra donc renoncer à son droit au respect de sa vie privée et du secret des informations médicales le concernant.

Par ailleurs, écarter de la procédure l'auteur de l'avis à l'origine de la procédure – à savoir le médecin du travail – répond à une logique pour le moins questionnable.

La possibilité pour l'employeur de demander que les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail soient notifiés à un médecin qu'il mandate à cet effet est également incohérent. Le médecin mandaté dans ces conditions sera en effet soumis au secret médical. Son avis ne pourra donc se borner qu'à exprimer si l'avis médical du médecin du travail lui semble ou non justifié, mais sans pouvoir apporter des éléments au débat.

Au regard de ces différents éléments, une énième révision de ces dispositions dont il n'est d'ailleurs pas interdit de penser qu'elles revêtent un caractère anticonstitutionnel nous paraît indispensable.

II.2. SALARIÉS ET RESPECT DE LA VIE PRIVÉE : QUID DE L'INFORMATION CONCERNANT LA MALADIE ?

La question du respect de la vie privée ne saurait se limiter à celle liée à la contestation des avis de la médecine du travail et bien souvent les salariés ou fonctionnaires s'interrogent sur le positionnement à adopter.

« J'ai le VIH. Je dois passer une visite médicale à la médecine du travail. Dois-je dire au médecin que je suis séropositif ? »

« L'assistante sociale m'a dit que vous pourriez m'apporter plus de réponses : j'ai récemment eu des résultats médicaux. J'ai appris que j'étais porteuse d'une maladie héréditaire mais qui ne se déclarera que dans plusieurs années. Je n'ai actuellement aucun symptôme mais je suis consciente que dans l'avenir je ne serais plus du tout indépendante. Je vais bientôt terminer ma formation et donc postuler pour un poste de travail. Je me demandais si j'étais dans l'obligation d'informer mon employeur et/ou le médecin lors de mon embauche ? »

Ces inquiétudes ne sont d'ailleurs pas sans fondements à en croire le témoignage ci-dessous et les conséquences qui y sont décrites :

« J'ai été diagnostiqué VIH en juillet 2017. Je l'ai dit à ma direction qui a très bien pris la chose. Je l'ai aussi dit à l'équipe avec laquelle je travaille parce que je travaille dans les transports et je suis exposé aux violences physiques (deux de mes collègues ont déjà pris des coups de couteau, par exemple). Je ne voulais pas les exposer et les ai donc informés de l'importance de respecter les procédures de sécurité. Un de mes collègues, qui se trouve aussi être représentant du personnel a révélé mon état de santé à tout le service. Ma hiérarchie me soutient mais ne peut pas, d'après elle, agir sans que je ne porte plainte. »

À titre préliminaire, il convient de préciser qu'il n'y a aucune obligation d'informer son employeur de sa pathologie.

En effet, bien que le Code du travail indique qu'il existe une obligation de bonne foi dans l'exécution du contrat de travail, les juges considèrent à juste titre que l'état de santé relève de la vie privée du salarié et que n'est pas fautif le salarié qui n'a pas révélé à son employeur l'existence d'une maladie ou d'un handicap.

C'est le rôle du médecin du travail de déceler les incompatibilités entre l'état de santé du salarié et le poste envisagé.

En pratique, le salarié peut toutefois juger utile d'informer l'employeur de sa pathologie. C'est notamment le cas lorsqu'il ne se sent plus en mesure de poursuivre à son poste dans les conditions de son recrutement. Le cadre juridique est alors théoriquement protecteur, l'employeur ne peut discriminer le salarié du seul fait de sa maladie ou de son handicap.

« Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte (...) en raison de son état de santé, de sa perte d'autonomie ou de son handicap. » (Article L1132-1 du Code du travail).

Pour autant, la réalité respecte parfois très peu ces prescriptions légales :

« J'ai été victime d'une discrimination au sein d'une grosse boîte. L'employeur a mis un terme à ma période d'essai parce que j'ai été victime d'une crise d'épilepsie sur mon lieu de travail alors même que mon état est tout à fait compatible avec la poursuite de mon activité. Que puis-je faire ? »

« J'ai été en arrêt maladie pendant 2 ans pour un cancer du sein. J'ai repris il y a 5 mois d'abord à 80 % puis à mi-temps. Je suis comptable dans une entreprise et depuis mon retour, la collègue qui m'a remplacé au poste de comptable a gardé toutes les missions de comptabilité et je ne fais que des tâches administratives qui n'ont rien à voir avec la comptabilité et qui sont très inintéressantes. Je ne sais pas quoi faire pour exiger des missions de comptabilité. J'ai l'impression que mon employeur est bien content de ma collègue et ne sais pas comment gérer mon retour. On a fait une réunion tous les trois pour la réorganisation du service. Cela n'a rien donné. »

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et travail » en 2018

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

« Mon compagnon a fait un malaise vagal sur son lieu de travail il y a un mois. L'employeur refuse de lui remettre la feuille d'accident car il considère que ce n'est pas un accident du travail. Or, les médecins pensent que si, il est chauffeur livreur et a fait ce malaise après avoir porté une charge lourde. Je ne sais plus quoi faire. »

AMÉNAGEMENT DE POSTE ET RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

« Je suis agent de la fonction publique territoriale. Je suis à la fin de mon congé longue maladie et j'ai demandé à ma responsable des ressources humaines de faire une partie de mon travail en télétravail. Elle me répond "non" de façon catégorique. Or, je n'ai pas envie d'être mise à la retraite à 36 ans, et j'ai déjà fait un an de temps partiel thérapeutique pour ma sclérose en plaques, il y a quelques années suite à la naissance de mon fils. J'ai vu avec des associations qui me disent de saisir les médias. Avez-vous d'autres pistes ? »

ARRÊT MALADIE

« On vient de me diagnostiquer une hémochromatose et je souhaiterais savoir si cette pathologie peut donner lieu à un congé de longue maladie. En effet, dans la fameuse liste des maladies, je ne vois pas à quoi la raccrocher. En fait je souhaiterais avoir un CLM fractionné pour pouvoir faire tous mes traitements. »

AUTORISATIONS D'ABSENCE POUR TRAITEMENT MÉDICAL

« J'ai été arrêté dans le cadre d'une dépression et je suis aussi atteint du VIH pour lequel j'ai la carte handicapé mais ni la médecine du travail ni mon employeur ne sont au courant. J'ai été reconnu en affection de longue durée pour le VIH mais pas pour la dépression. Est-ce que l'employeur peut me refuser une autorisation d'absence pour traitement ? Je sens qu'il a vraiment changé depuis que je lui ai dit que j'avais la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. »

ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE MALADE OU HANDICAPÉ

« Je suis maman d'un enfant de 11 ans handicapé à 80 % à cause d'une maladie neurologique. Il y a des années de cela (2012), mon tout nouvel employeur m'a accordé un temps partiel avec des horaires bien adaptés pour m'occuper de lui. Il y a eu un changement de direction et on me demande de changer mes horaires sans me laisser le choix. Ai-je un moyen de recours ? »

CONTRAT DE GROUPE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

« En novembre, cela fera 2 ans que je suis en arrêt maladie pour dépression et mon employeur a cessé de payer ma complémentaire santé en leur disant que je ne faisais plus partie de l'effectif, en a-t-il le droit ? Et où puis-je me renseigner pour ça dans ma ville ? »

EMBAUCHE ET TITULARISATION

« Je suis stagiaire infirmier dans la fonction publique hospitalière. Je viens d'être diagnostiqué pour une pathologie chronique psychiatrique qui nécessite un traitement psychotrope à vie, alors que je m'appête à être titularisé comme infirmier en service de psychiatrie. Je dois rencontrer un médecin agréé et le médecin du travail prochainement et je me demandais si j'étais tenu de leur dire ? J'ai peur de ne pas être titularisé si je le dis. »

HARCÈLEMENT

« Je subis des pressions professionnelles de la part d'un cadre qui me harcèle quotidiennement et qui n'est pas mon chef de service direct (nous n'en avons pas pour l'instant) : ma santé mentale s'en trouve altérée de manière vive et évolutive. La psychiatre qui me suit est désespérée d'un tel comportement alors que je suis reconnu travailleur handicapé et que j'en ai averti ma direction dès le début... Pouvez-vous me conseiller s'il vous plaît ? »

PASSAGE EN INVALIDITÉ

« Je suis en arrêt maladie depuis 18 mois à cause d'un burn out. Le médecin conseil de la sécurité sociale me fait passer en invalidité catégorie 2. L'employeur peut-il me licencier maintenant ? »

RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

« Quel est l'intérêt de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ? On vient de me diagnostiquer une spondylarthrite. Quel est le risque et l'intérêt de faire une RQTH ? »

RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

« J'ai été licencié pour abandon de poste et suite à une procédure devant les prud'hommes, j'ai obtenu ma réintégration. Comment les choses vont-elles se passer ? »

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

« Je suis ATSEM, employée par une mairie, j'ai été arrêtée 3 ans pour dépression et j'ai repris à temps partiel thérapeutique mais cela se passe très mal. Je suis ballottée d'école en école et en plus on a prévu une réunion à laquelle je suis obligée d'assister à un horaire hors de mon temps de travail. Est-ce qu'on peut faire des heures supplémentaires quand on est en temps partiel thérapeutique ? »



III. REVENUS DE REMPLACEMENT EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ

III. REVENUS DE REMPLACEMENT EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ

Avec plus d'un millier de sollicitations, les questions relatives aux revenus de remplacement apparaissent préoccupantes pour les personnes qui contactent Santé Info Droits. Parmi les sous-thématiques de cette catégorie, aux côtés des revenus en cas d'arrêt maladie, la problématique de l'invalidité se démarque nettement.

Nous nous proposons donc d'aborder deux problématiques en lien avec l'invalidité des salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale, d'un côté, et des agents de la Fonction publique de l'autre.

III.1. INVALIDITÉ ET PASSAGE À LA RETRAITE : LE CAS DES PERSONNES MALADES ET DES DEMANDEURS D'EMPLOI

« Je cherche le texte me permettant de retarder mon âge de départ à la retraite et continuer à percevoir ma pension d'invalidité. J'ai reçu une simulation de retraite, elle est très faible car j'ai passé des années en invalidité et la pension n'est pas prise en compte dans le montant de la retraite. »

« Je suis née en 1952 et j'ai atteint l'âge pour bénéficier de la retraite à taux plein. Seulement, la caisse refuse de me permettre de continuer de percevoir ma pension d'invalidité alors que je travaille encore. Suis-je obligée d'arrêter mon activité ? C'est ce que j'ai lu dans les textes. »

La pension d'invalidité est une prestation contributive (pour laquelle l'assuré a cotisé) versée jusqu'à ce que le pensionné ait atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Ce principe connaît une exception : lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle au moment où il atteint ou dépasse cet âge.

Il est en effet prévu à l'article L341-16 du Code de la Sécurité sociale que :

« Par dérogation [...] lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge [légal de départ à la retraite], ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficiaire de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge [d'attribution automatique de la retraite à taux plein] [...] »

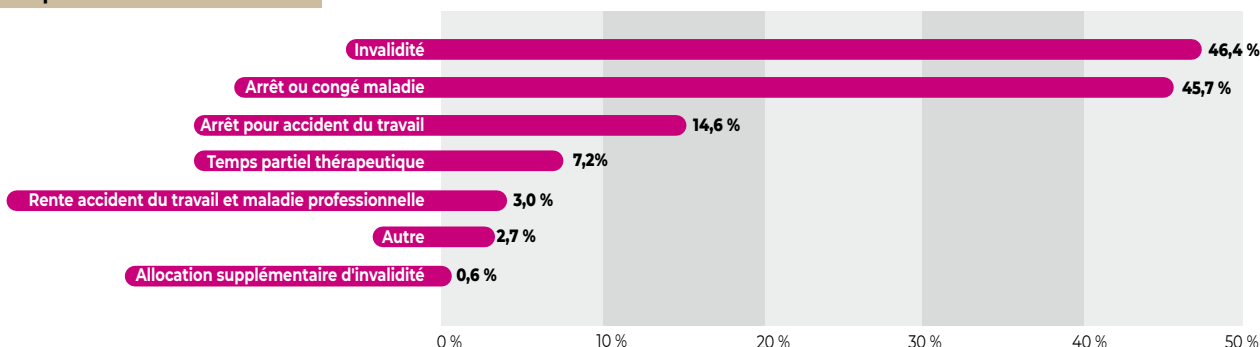
Cependant, il arrive que certains assurés n'exercent pas d'activité, temporairement au moment précis de liquider leur pension de retraite. Quel est donc le sort des pensionnés dont le contrat est suspendu pour cause de maladie à l'âge de liquider leur pension de vieillesse ou sont au chômage, alors même que leur capacité de travail n'est pas globalement en cause ?

En ce qui concerne la maladie, celle-ci peut s'avérer particulièrement problématique quand bien même elle n'a pas de lien direct avec l'invalidité dont est atteint l'assuré.

« J'ai 63 ans, j'ai une pension d'invalidité et je continue de travailler car je ne veux pas partir à la retraite toute de suite. Il se trouve que je suis en arrêt maladie depuis plus d'un mois. Mon médecin me dit que c'est provisoire et que je vais pouvoir reprendre le travail dès que j'irai mieux. Je viens d'avoir quelqu'un de la CPAM qui me dit qu'ils vont me mettre à la retraite et retirer ma pension d'invalidité car je n'exerce plus d'activité professionnelle, mais c'est provisoire ! »

Malheureusement pour notre interlocuteur, alors que les circulaires de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) étaient plutôt favorables jusqu'alors, une jurisprudence de la

Répartition des sollicitations



Cour de Cassation est venue trancher le sujet dans un sens guère satisfaisant, considérant que la maladie entraînant une suspension du contrat de travail, l'assuré ne pouvait être considéré comme exerçant une activité professionnelle au sens de l'article L341-16 du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi une absence pour maladie, ne serait-ce que ponctuelle, est de nature à verser définitivement l'assuré dans le régime retraite.

En ce qui concerne la survenance du chômage, cette sollicitation illustre bien ce cas de figure et les enjeux pour les personnes :

« J'ai 62 ans, suis en invalidité 2^{ème} catégorie, à la recherche d'un emploi avec ARE. La CARSAT me dit que je vais recevoir ma pension de vieillesse et que la pension d'invalidité va s'arrêter. Ma pension de retraite me sera-t-elle suffisante pour vivre ? Est-ce inévitable ? Je touche l'allocation de retour à l'emploi seulement depuis 3 mois et j'avais bien l'intention de travailler de nouveau pour augmenter ma retraite. »

Les articles L341-17 et D341-1 du Code de la Sécurité sociale prévoient le sort de l'assuré qui, à l'âge de 62 ans, bénéficie d'un revenu de remplacement versé par Pôle emploi et qui perçoit une pension d'invalidité.

Il ressort de ces textes que seules les personnes qui exerçaient une activité professionnelle à l'âge de 61 ans et 6 mois et qui se retrouveraient ultérieurement au chômage sont en capacité de conserver leur pension d'invalidité jusqu'à l'âge de 62 ans et 6 mois dans l'attente de trouver un travail. Sont ainsi défavorisés les assurés chômeurs de longue durée.

Dans ces conditions l'assuré qui souhaitait se maintenir dans l'emploi se retrouve avec une pension de retraite qui peut être plus faible que ses ressources initiales alors même que sa capacité de reprendre un travail n'est pas en jeu. Dans certains cas, il perd également le complément d'invalidité versé par la prévoyance qui lui permettait de bénéficier d'un maintien de salaire.

Nul doute que ces situations, qui peuvent être vécues de manières injustes, pourraient l'être d'autant plus dans le contexte de réforme de retraite qui s'annonce et pour lequel les pensionnées d'invalidité devront impérativement faire l'objet d'un examen attentif.

III.2. POUR UNE INVALIDITÉ DES FONCTIONNAIRES CALQUÉE SUR L'INVALIDITÉ DES SALARIÉS DU PRIVÉ

« Je suis enseignante dans la fonction publique d'Etat et je suis fibromyalgique. J'ai épuisé mes droits au temps partiel thérapeutique et au congé >>> »

>>> *de longue maladie mais je ne parviens pas à travailler à temps plein. Existe-t-il un moyen de travailler à temps partiel et d'avoir une compensation de ma perte de capacité de travail ? »*

Les agents titulaires de la fonction publique invalides peuvent prétendre aux revenus suivants :

- Lorsqu'il est admis qu'ils pourront reprendre le travail :
 - > Une allocation temporaire d'invalidité si l'origine de l'affection est professionnelle. Cette allocation peut être cumulée avec le traitement (c'est-à-dire le salaire).
 - > Une allocation d'invalidité temporaire sous réserve d'être d'une part en disponibilité, c'est-à-dire sans exercer son service et, d'autre part, atteint d'une invalidité réduisant au moins de deux tiers sa capacité de travail.
- Lorsque l'agent est atteint d'une incapacité permanente à poursuivre ses fonctions et qu'il ne peut être reclassé : retraite pour invalidité.

Dans ce contexte, quels sont les dispositifs auxquels peut prétendre un agent, qui, après une longue maladie ayant laissé des séquelles, souhaite reprendre son activité professionnelle initiale à temps partiel tout en limitant sa perte de revenus ?

De manière spécifique, aucun !

Pourtant, il n'est pas rare que des agents souhaitent reprendre leur fonction avec une réduction de leurs horaires. Ainsi, en témoignent les sollicitations suivantes :

« J'appelle pour une fonctionnaire de l'Etat âgée de 57 ans qui, après un arrêt maladie de 3 mois, est en temps partiel thérapeutique pour 6 mois. Comment peut-elle accéder à un régime d'invalidité car elle ne pense pas pouvoir retravailler à temps plein ? »

« Je suis titulaire dans la fonction publique territoriale. Suite à des problèmes de santé je ne peux plus travailler à temps plein, 35 heures par semaine. Avec la RQTH, j'ai pu demander un temps partiel de droit à 80 %, soit 28h par semaine. Or mon état de santé se dégrade toujours. Sur demande de mon médecin traitant, j'ai pris rdv avec le médecin du travail pour voir avec lui un dossier d'invalidité de 1^{ère} catégorie. La médecine du travail m'indique que ça n'existe pas cela dans la fonction publique. En sachant que je suis loin de l'âge de la retraite, je souhaite toujours travailler mais je dois encore réduire mes horaires à hauteur de 2/3. Existe-t-il une compensation ? Une indemnité ou autre dans la fonction publique ? »

III. REVENUS DE REMPLACEMENT EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ

Il existe des moyens de reprendre une activité de manière réduite du fait de la pathologie :

- Le temps partiel thérapeutique mais celui-ci est limité à 12 mois par pathologie sur toute la carrière. Il ne s'agit donc pas d'une solution pérenne.
- Le congé maladie fractionné permet, comme son nom l'indique, aux agents atteints d'une pathologie nécessitant des soins répétés de fractionner leurs droits à congé et ainsi de maintenir une activité professionnelle et de concilier leurs soins ou leurs besoins de repos liés à la maladie. Seulement, ce dispositif présente un certain nombre de limites :
 - > comme tout congé de longue maladie, il est limité à un certain nombre d'affections ;
 - > il peut être limité dans le temps ;
 - > ne peuvent y prétendre que les agents n'ayant pas épuisé leurs droits au CLM.
- Le temps partiel de droit accordé aux agents bénéficiant du dispositif d'obligation d'emploi comme la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, mais celui-ci s'accompagne d'une diminution de revenus à hauteur de la durée de travail effectuée.

En réalité, les agents faisant face à cette situation sont alors mis en retraite pour invalidité, « radiés des cadres », contraints de quitter la fonction publique et de rechercher une activité dans le privé comme en témoigne le cas suivant :

« Je me permets de vous "maïler" pour avoir quelques renseignements SVP. J'arrive en fin de droits d'un congé de longue maladie dans la fonction publique hospitalière et je m'inquiète évidemment de mon devenir. Il paraît que nous n'avons pas le droit à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale quand on est fonctionnaire. Une collègue en fauteuil roulant pour une grave polyarthrite a dû quitter son poste à l'hôpital pour l'obtenir et travailler à temps partiel ailleurs. Avez-vous des informations ou des textes à ce sujet SVP ? Ce qui me questionne vraiment relève de l'invalidité quand on est fonctionnaire car ça semble vraiment ne pas exister. J'ai déjà contacté la CPAM mais ils m'ont répondu qu'ils ne pouvaient pas me renseigner sur notre régime... »

Le fait de contraindre ou d'inciter un agent à quitter la fonction publique n'est pas satisfaisant. Ce d'autant plus que l'absence de dispositif adapté pourrait laisser suggérer que l'administration cherche à se débarrasser des agents malades (dès lors que l'incapacité est d'origine non professionnelle).

Cette absence de cumul résulte des textes relatifs à l'allocation d'invalidité temporaire, à savoir les articles 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 (!), et 8bis du décret du 26 octobre 1947 (!!) et codifié à **l'article D712-13 du Code de la Sécurité sociale**. Celui-ci précise que :

« Les fonctionnaires peuvent, sur leur demande, être reconnus en état d'invalidité temporaire s'ils sont atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail, sans pouvoir reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite. »

Cependant, dans le privé, l'impossibilité d'occuper un emploi est également prise en compte pour la détermination de la catégorie d'invalidité (**article L341-4 du Code de la Sécurité sociale**) :

« En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

Pourtant et fort heureusement, cela ne constitue pas une interdiction de travailler, d'autant qu'il existe des règles de cumul de la pension et des revenus lorsque l'assuré est à nouveau en mesure d'occuper un emploi de manière réduite (voir **article L341-12 du Code de la Sécurité sociale**).

Rien ne justifie l'absence de dispositif adapté prenant en compte la réalité des situations vécues en 2018 et non en 1947. La mise en place d'une allocation d'invalidité cumulable avec le traitement des agents serait une avancée considérable, ce d'autant plus que c'est déjà possible pour les agents dont l'incapacité est d'origine professionnelle.

De plus, les textes prévoient déjà la possibilité de bénéficier d'une réduction du temps de travail de droit pour les agents bénéficiant de l'obligation d'emploi. Il serait juste d'assortir ce droit de la possibilité d'avoir un complément de revenus compensant la perte de la capacité de gain.

Une telle réforme favoriserait le maintien dans l'emploi des agents atteints de maladie chronique invalidante.

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS

de Santé Info Droits sur la thématique
« Revenus de remplacement en cas d'arrêt
maladie ou d'invalidité » en 2018

ARRÊT POUR MALADIE

« Je n'ai pas eu de revalorisation de mes indemnités journalières de la sécurité sociale depuis 2012. Est-ce normal ? La sécurité sociale doit vérifier mais me dit que, de toute façon, je ne peux pas remonter au-delà de 2 ans. »

ARRÊT POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

« J'ai le syndrome de Marfan, j'ai fait un malaise sur le trajet pour me rendre au travail mais la Sécurité sociale ne veut pas me prendre en charge parce que j'étais déjà malade. La Commission de recours amiable ne m'a pas donné raison. Je pense saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale. Qu'est-ce que vous en pensez ? »

ARRÊT POUR MATERNITÉ OU PATERNITÉ

« Qu'apporte cet alinéa de **l'article 71 de la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019** ?

“Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.” »

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE ET REPRISE DE TRAVAIL LÉGER

« Hospitalisée pour souffrance au travail et en arrêt depuis décembre 2017, j'appréhende la reprise, je suis aide medico-psychologique en unité Alzheimer en EHPAD à mi-temps. Est-ce possible de reprendre en ayant un temps partiel thérapeutique sur un mi-temps car je suis en invalidité 1^{ère} catégorie ? »

INVALIDITÉ

« On vient de me prélever la CSG et la CRDS à taux plein sur ma pension d'invalidité. Je ne comprends pas pourquoi. Est-ce que la réforme MACRON s'applique sur les pensions versées au titre de décembre 2017 ? »

ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE D'INVALIDITÉ (ASI)

« Je suis travailleur social, j'ai des questions concernant l'allocation supplémentaire d'invalidité. Il est dit que les sommes versées au titre de l'ASI sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession, si l'actif net de la succession dépasse 39 000 €.

Que cela signifie-t-il exactement ?

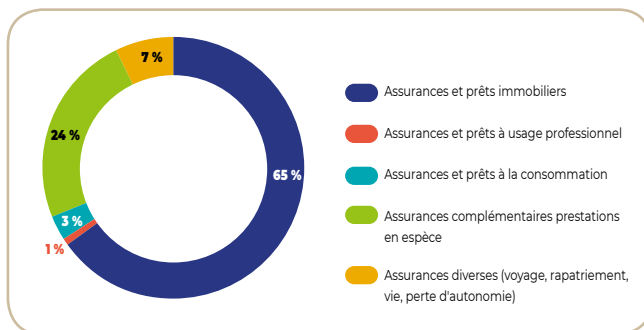
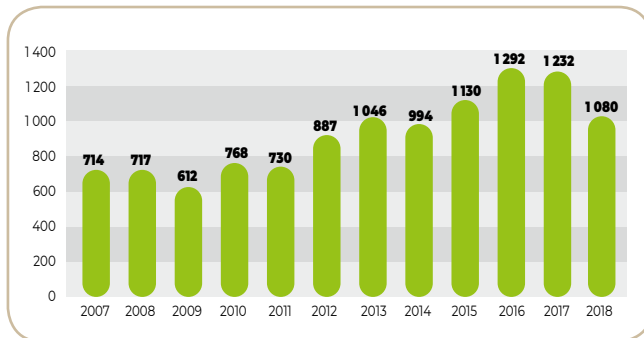
Il est aussi dit que la récupération s'exerce dans la limite d'un montant fixé par année en fonction de la composition du foyer, par exemple 6 571,01 € pour une personne seule. Une personne qui touche l'ASI pendant 10 ans par exemple va rembourser combien ? »



IV. ASSURANCES ET EMPRUNTS

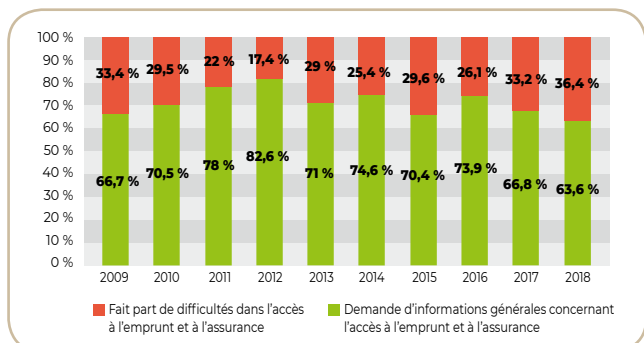
IV. ASSURANCES ET EMPRUNTS

Avec 1080 sollicitations traitées portant sur les questions d'assurance et d'emprunt, cette thématique connaît une baisse de 12.3% en 2018. Évolution du nombre de sollicitations de la thématique « Assurances et emprunt » :

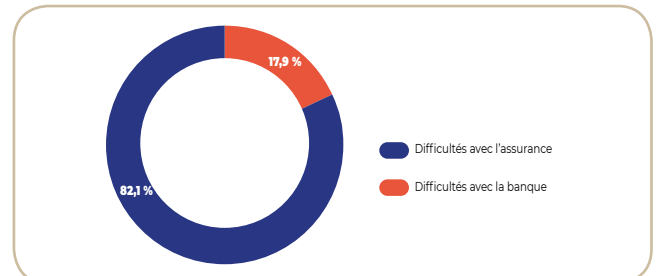


Ce sont les questions relatives aux prêts immobiliers et aux assurances y afférents qui constituent toujours la très grande majorité des sollicitations. Leur évolution (de 783 à 630 sollicitations) explique à elle-seule la baisse de la thématique en absorbant, en valeur absolue, l'intégralité de ce différentiel.

Faudrait-il voir dans cette évolution la traduction d'une amélioration du sort des personnes malades dans leur projet de vie ? Cela serait à coup sûr un raccourci trop rapide. En effet, ces chiffres sont à mettre en perspective avec l'évolution plus globale des crédits immobiliers constatés en 2018 qui accusent une baisse de 26% selon les données de la Banque de France. De surcroît et surtout, parmi les sollicitations reçues depuis 10 ans, jamais la proportion de témoignages faisant part de difficultés dans l'accès à l'emprunt immobilier ou à l'assurance n'a été aussi conséquente :



Les obstacles décrits par les candidats engagés dans un projet immobilier rencontrant ou ayant rencontré des difficultés de santé peuvent résulter soit de l'attitude des banques, soit de l'attitude des assurances.



À l'aune de la Convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, ce dispositif conventionnel évoluant depuis sa création en 2007 et réunissant Etat, professionnels de la banque et de l'assurance et associations de défense des personnes malades dont France Assos Santé, voici présenté ici un état des lieux illustré par nos échanges avec les utilisateurs de Santé Info Droits.

IV.1. LES EMPRUNTEURS CONFRONTÉS AUX BANQUES

Il convient en premier lieu de rappeler qu'en matière d'assurance emprunteur, l'objectif initial de nos interlocuteurs est de concrétiser un projet et pas forcément d'être assuré pour celui-ci.

« Avec mon mari, nous avons besoin de faire un emprunt pour acheter une maison. Mon mari a un problème de santé. Nous avons signé et il nous reste 10 jours avant que la clause résolutoire ne puisse s'appliquer, c'est un peu la panique car c'est un projet qui nous tient à cœur. Nous avons pris un courtier en prêt mais elle n'a rien trouvé. Seule une assurance a donné un accord mais uniquement pour la garantie décès. On se disait que c'était mieux que rien et que ce n'était pas grave de ne pas être couverts par l'invalidité car il a une bonne prévoyance au travail. Mais là c'est le coup de bambou, la banque vient de nous dire que cela ne suffisait pas. On trouve cela terriblement injuste. »

« Ma banque avait donné son accord pour le prêt car je suis solvable et maintenant elle refuse finalement car l'assurance ne m'a accordé que la garantie décès et la garantie invalidité spécifique AERAS. »

Ces témoignages rappellent une réalité. Si le fait d'être assuré pour la concrétisation d'un emprunt immobilier ne constitue pas une obligation légale, elle est souvent érigée par les établissements bancaires comme une condition incontournable.

Il est à noter que ces obstacles ne sont pas toujours liés à un refus exprimé par une assurance. Il arrive en effet qu'en raison de la nature des revenus de leur client :

- soit les banques anticipent les difficultés d'accès à l'assurance ;
- soit elles rejettent par principe certains revenus, parfois de manière abusive et discriminatoire.

« Je souhaite contracter un prêt pour racheter la soulte dans le cadre de mon divorce. Seulement je suis en congé longue durée et les banques refusent de me prêter alors même que j'ai le maintien total de ma rémunération par mon administration. »

« Je fais appel à vous car avec mon conjoint nous étions en projet de construction. En ce qui me concerne, je touche une invalidité 2^{ème} catégorie et une prévoyance et mon conjoint est en CDI. Une courtière s'est occupée de notre crédit. Nous avions un bon dossier, tout était bon, nous devions faire un crédit mais apparemment quelques semaines avant ils ont changé leur politique et ne veulent plus prendre en compte mon invalidité et les autres banques estiment que mon invalidité et ma prévoyance sont des aides sociales et pas des revenus nous sommes donc face à des refus permanents. Comment pouvons-nous faire ? Nous sommes désespérés... »

Les appels mettant en jeu des difficultés avec les organismes bancaires sont ainsi constitués aux 2 tiers par des refus des prêts.

Parmi les autres types de difficultés recensées :

• La non prise en compte des garanties alternatives

La convention AERAS prévoit qu'en cas de défaut d'assurances ou d'assurance incomplète, la banque doit examiner les possibilités pour les candidats de bénéficier du prêt en garantissant différemment l'emprunt. Les garanties alternatives peuvent être apportées, par exemple, par des hypothèques sur des biens immobiliers (permettant alors à la banque de se garantir sur le bien en cas de non remboursement), de valeurs mobilières, de contrat d'assurance-vie, de contrat de prévoyance individuel ou collectif ou de cautions. Non sans difficultés parfois...

« Avec mon conjoint, nous voulons souscrire un emprunt immobilier pour un montant de 250 000 euros et sur 18 ans. Nous avons un accord pour le prêt mais nous avons reçu un ajournement pour l'assurance. Mon conjoint a eu un cancer de la thyroïde en 2014 et depuis, il est sous traitement pour l'hypothyroïdie. Mais nous avons quand même une assurance vie qui correspond au montant du prêt mais la banque bloque. »

• Le refus de délégation d'assurance

Les réponses des différents assureurs pouvant s'avérer substantiellement différentes pour une situation identique, la loi (et la Convention AERAS, avant elle) prévoit l'obligation pour les banques d'accepter des propositions assurantielles autres que celle de l'assurance de groupe dès lors que les garanties sont équivalentes et cela, sans pouvoir appliquer des taux différents ou des frais de dossier supplémentaires.

« Je vous avais appelé il y a 6 mois environ pour des problèmes d'assurances de prêt. J'en ai trouvé une, mais en revanche, je continue d'avoir des problèmes avec la banque parce que elle ne veut pas me faire bénéficier du taux de crédit préférentiel si je ne souscris pas à l'offre d'assurance du groupe bancaire. »

• Le défaut d'information

La Convention AERAS prévoit un certain nombre de dispositions visant à informer les candidats à l'emprunt. Même si globalement le niveau d'information délivré au public concerné semble s'améliorer, on constate encore quelques déficiences en la matière :

« J'ai demandé à la banque de m'expliquer comment marchait la Convention AERAS et notamment les 3 niveaux. Impossible d'avoir des explications claires et on ne m'a renvoyé vers aucun autre interlocuteur ! »

• Le non-respect du délai d'instruction

Il est prévu dans le dispositif conventionnel que le délai de traitement du dossier de demande de prêt immobilier ou professionnel n'excède pas 5 semaines à compter de la réception du dossier complet. Ce délai à respecter est de 3 semaines pour les assureurs et 2 semaines pour les banques. Le débat fait parfois rage pour déterminer quand le dossier peut être considéré comme complet.

« Je suis en attente de la décision de la banque. On m'a déjà informé que mon dossier pour l'assurance décès était accepté mais cela fait déjà plus de 3 semaines maintenant et le rendez-vous chez le notaire se rapproche ! »

• Une mauvaise pratique en matière d'écrêtement

L'écrêtement des surprimes est un mécanisme qui, sous conditions de ressources, permet de diminuer la charge financière des surprimes atteignant des niveaux très importants. À cet égard, un témoignage – heureusement isolé, à notre connaissance – interpelle particulièrement.

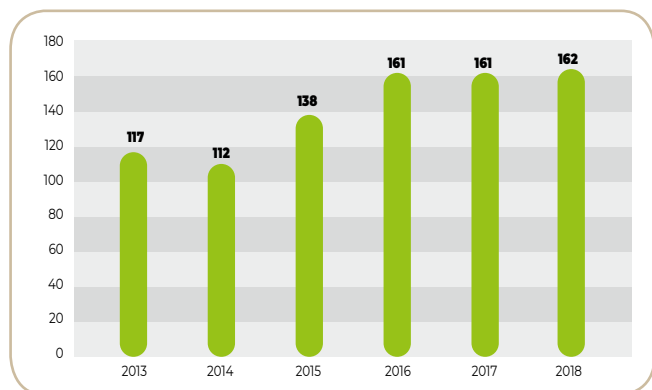
IV. ASSURANCES ET EMPRUNTS

« J'ai un problème de santé mais j'ai eu un accord de l'assurance avec mécanisme d'écrêtement. Or du coup ma banque refuse au motif qu'ils ne savent pas ce que c'est et comment intégrer le mécanisme. L'échéance approche. Que puis-je faire ? »

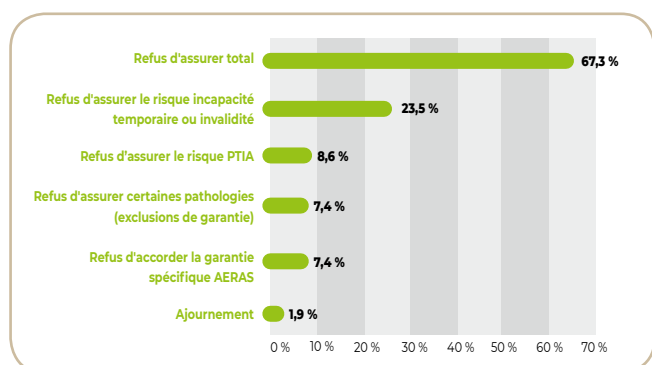
IV.2. LES EMPRUNTEURS CONFRONTÉS AUX ASSURANCES

Ainsi, l'accès à l'emprunt reste largement conditionné à l'octroi d'une assurance. Différents mécanismes de la Convention AERAS (examen détaillé des dossiers au 3^{ème} niveau, droit à l'oubli, grilles de référence) ou légaux (interdiction des questions relatives aux tests génétiques prédictifs) tendent à favoriser l'accès à l'assurance.

Toutefois, il est nécessaire de rappeler que la mise en œuvre de ces différents mécanismes, si elle constitue des avancées par rapport à la situation préexistante, est très loin de répondre à l'ensemble des demandes et qu'elles ont du mal à se concrétiser si on s'en tient strictement aux données recueillies via Santé Info Droits. Il apparaît en effet très clairement que le nombre de personnes nous sollicitant et exprimant des refus d'assurance est loin de refluer.



Cela est d'autant plus significatif que ces refus continuent de concerner en majorité la totalité des garanties.



Quels peuvent être les leviers susceptibles de favoriser cet accès à l'assurance ?

• La question des seuils d'éligibilité de la Convention AERAS

La majorité des dispositions contenues dans la Convention AERAS sont soumises à des conditions de seuil. Ainsi, par exemple, pour bénéficier d'un examen détaillé au 3^{ème} niveau, la part assurée de l'emprunt ne doit pas dépasser 320 000 € et l'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans.

À l'instar du témoignage suivant, environ 10% des candidats à l'emprunt nous sollicitant ne remplissent pas ces critères.

« J'ai été greffé du foie en 2017, si bien que je suis considéré en risque aggravé de santé et que je n'arrive pas à trouver une assurance de prêt. Les compagnies me refusent toute garantie et m'indiquent que je ne peux pas bénéficier de la Convention AERAS car j'aurais plus de 71 ans en fin de remboursement. Qu'en est-il ? »

De surcroît, ces critères sont parfois utilisés à mauvais escient comme dans ces 2 exemples :

« Avec mon compagnon, j'ai fait une demande de prêt depuis cet été. C'est pour un montant total de 379 000 euros - ma part est de 50 % et j'ai demandé à être assuré à 50%. J'ai 30 ans et c'est pour une durée de 20 ans. J'ai un trouble psychiatrique. Les assurances refusent de m'assurer et ne veulent pas transmettre au 3^{ème} niveau car ils me disent que ma demande ne relève pas d'AERAS. »

Assurée à 50 %, la somme prise en considération devrait être de 379 000 divisés par 2, de telle sorte à ce que le seuil de 320 000 euros ne soit pas dépassé. Le refus s'en trouve injustifié.

« Je dois faire un prêt-relais et on me dit que je ne suis pas éligible à la Convention AERAS car le montant du prêt-relais est supérieur à 320 000 euros, est-ce vrai ? »

Les interlocuteurs de notre appelant font ici un contre-sens de la Convention AERAS. Celle-ci prévoit, compte tenu du caractère spécifique du prêt relais, qu'il n'en est pas tenu compte pour déterminer si le projet dépasse le seuil de 320 000 euros.

Plus généralement, la mise en place de seuils moins restrictifs serait de nature à améliorer l'accès à l'assurance (10 % des appelants font état de projet ne remplissant pas les critères d'éligibilité).

• Le droit à l'oubli

Le Code de la Santé publique prévoit que ne peuvent plus être recueillies les informations médicales relatives aux pathologies cancéreuses datant de plus de 10 ans à partir de la fin du

protocole thérapeutique. En ce qui concerne les pathologies cancéreuses intervenues avant l'âge de 18 ans, ce seuil est abaissé à 5 ans à l'issue de la fin du protocole thérapeutique.

La loi renvoie par ailleurs à la Convention AERAS les modalités d'application de ces dispositions.

Faisant l'objet d'une assez large communication auprès du grand public, cette avancée suscite questionnement et demandes de précisions :

« J'ai lu dans un article qu'après 10 ans de rémission pour un cancer nous n'étions pas tenu de le déclarer aux banques et aux assurances pour l'obtention d'un prêt bancaire. Pouvez-vous me le confirmer et me communiquer si possible les articles de droit car je voudrais être sûr de ne pas commettre d'erreurs qui me mettraient en difficulté ? »

Et notre interlocuteur a bien raison, car derrière ce principe apparemment simple, un certain nombre de pièges peuvent survenir.

Pour preuve, les épisodes du feuilleton « Droit à l'oubli » - Saisons 2017 et 2018.

Episode 1 : Dans la Convention AERAS, le bénéfice du droit à l'oubli est conditionné au respect des conditions de seuil évoquées précédemment.

Episode 2 : La loi qui a élargi par ailleurs les critères requis pour le bénéfice du droit à l'oubli ne parle pas de seuil mais renvoie de manière ambiguë à la Convention.

Episode 3 : Suite à des débats au sein de la Commission de suivi de la Convention AERAS, l'interprétation qui prévaut majoritairement est de dire que, la loi ne prévoyant pas de seuil d'éligibilité, les restrictions prévues dans la Convention ne doivent pas s'appliquer.

Episode 4 : Un arrêté pris conjointement par la Ministre des affaires sociales et de la santé et le Ministre de l'économie et des finances modifie les « fiches de place » (documents accompagnant les questionnaires de santé) et font disparaître la mention des seuils restreignant le droit à l'oubli.

Episode 5 : Les assurances forment un recours devant le Conseil d'Etat pour contester cet arrêté.

Episode 6 : Le Conseil d'Etat donne raison aux assureurs, considérant que la loi renvoie à la Convention. Celle-ci prévoit des conditions restrictives qui doivent s'appliquer. Ne peuvent donc s'autoriser à ne pas déclarer leur cancer que les personnes dont la part assurée est inférieure à 320 000 euros et dont l'âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

De vagues-hésitations, dont on peut craindre qu'elles fassent des victimes parmi les personnes ayant, de bonne foi, cru pouvoir

bénéficier du droit à l'oubli les autorisant à ne pas déclarer leur affection passée. Il conviendra de se souvenir de toutes ces vicissitudes quand elles seront, au moment de la mise en jeu d'une garantie, accusées de fausses déclarations.

Il est indispensable que la future version actualisée de la Convention vienne clarifier définitivement cette question.

• Les grilles de référence

La Convention par ailleurs prévoit l'établissement de grilles de référence pour certains cancers et pour d'autres pathologies. Opposables aux assureurs, elles ont pour objet, sous certaines conditions médicales, d'obtenir une assurance dans des conditions se rapprochant des conditions standard. Ces grilles de référence qui font l'objet de réexamen régulier, prenant ainsi en compte les dernières données scientifiques disponibles, correspondent sans aucun doute au plus grand espoir d'améliorations et devront mobiliser les énergies associatives car la volonté et les attentes en la matière sont grandes.

« Où témoigner des difficultés à emprunter, voire des dysfonctionnements ? Comment faire évoluer les critères des assurances en fonction des avancées thérapeutiques ? Nous savons que les cardiologues des centres de référence sont motivés pour fournir les résultats scientifiques. Vers qui une association de malades peut-elle se tourner pour faire avancer la problématique ? Ces pathologies héréditaires rares ou très rares, inconnues autrefois, sont diagnostiquées de plus en plus tôt, les patients autrefois ignorant leur pathologie empruntaient sans problème, aujourd'hui le diagnostic de plus en plus précoce permet une excellente prise en charge mais empêche les jeunes d'emprunter facilement et les conduit parfois à sursoir au test de vérification diagnostique ou pire au suivi médical pour pouvoir emprunter... Patients jeunes, en activité, totalement stabilisés, porteurs de défibrillateur et sans incident rythmique, se voient refuser l'accès à l'emprunt avec une simple lettre de refus sans aucun motif, sans aucune proposition alternative. Est-ce normal ? »

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS

de Santé Info Droits sur la thématique
« Accès à l'emprunt et assurances » en 2018

ATTITUDE VIS-À-VIS DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

« Je prends la PrEP (traitement préventif contre le VIH) depuis maintenant 3 ans et je souhaite acheter un logement. L'assurance de prêt me demande si, dans les 5 dernières années, on m'a prescrit un traitement de plus 21 jours. Dois-je mentionner ma prise de ce traitement préventif (Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil) ? Je suis en schéma à la demande donc je ne prends jamais le traitement autant de jours consécutifs, cela change-t-il quelque chose ? Qu'est-ce que je risque si je ne le déclare pas ? La surprime appliquée en cas de déclaration est-elle importante ? »

ACCÈS AU PRÊT À LA CONSOMMATION

« La banque me refuse un prêt à la consommation au motif que j'ai l'allocation aux adultes handicapés. La banque me dit qu'elle ne peut pas tenir compte de cette ressource. Que puis-je faire ? »

ACCÈS À L'ASSURANCE PRÉVOYANCE

« Je suis séropositif au VIH et je fais des démarches pour souscrire une prévoyance. J'exerce une profession libérale. Je me heurte à des refus. Sauriez-vous vers qui je pourrai me tourner ? »

DIFFICULTÉS DE MISE EN JEU DE LA GARANTIE

« Mon mari est atteint d'un cancer. Nous avons souscrit un prêt à la consommation il y a quelques années, avec une assurance comportant une garantie PTIA. L'assureur refuse de payer les échéances au titre de cette garantie au motif que mon mari n'aurait pas besoin d'aide au quotidien, alors même qu'il est quasiment immobilisé depuis deux ans. »

« Je suis en arrêt depuis 2 ans et j'ai été licencié récemment mais j'étais toujours en arrêt maladie au moment de la rupture et cela s'est prolongé par la suite. J'avais déjà appelé sur la ligne et vous m'aviez parlé des

prestations différées et que, de fait, la prévoyance devait continuer à payer y compris après mon licenciement. J'ai appelé la prévoyance et ai tenté de leur expliquer, ils disent qu'ils ne connaissent pas et que le complément d'indemnité journalière pour mon arrêt antérieur à la rupture du contrat de travail durera uniquement le temps de la portabilité. Que faire ? »

PORTABILITÉ

« L'assurance complémentaire santé groupe de mon ex-salarié licencié pour inaptitude refuse de lui accorder la portabilité car il est en arrêt maladie. Je trouve cela aberrant. Que disent les textes ? »

PROTECTION LOI EVIN

« J'ai été en arrêt de travail et la prévoyance a fonctionné. Maintenant elle me demande de lui rembourser le complément de salaire versé, soit 8 000 euros, car j'étais en ALD avant mon embauche. Pourtant il n'y avait pas de questionnaire de santé. A-t-elle le droit ? »

« Je vous ai appelé concernant ma prévoyance qui me demandait le remboursement à cause de mon ALD et vous m'aviez conseillé d'évoquer les dispositions de la loi Evin empêchant d'exclure des garanties les pathologies antérieures. Je viens de les avoir : ils m'ont dit annuler la procédure ! Merci beaucoup ! »

ASSURANCE VOYAGE

« Je me permets de vous contacter car je projette de me rendre aux USA pour un voyage de 15 jours prochainement. Je suis épileptique et en contactant une multitude d'assurances voyage, je réalise qu'aucune ne me couvre en cas d'accidents ou blessures liés à ma maladie à cause des exclusions de toute maladie chronique préexistante. Ceci me pose un très gros problème car les tarifs médicaux dans ce pays sont exorbitants et le décalage horaire ainsi que la fatigue pourraient potentiellement me provoquer des crises d'épilepsie. Aussi, connaissez-vous des assurances qui permettraient de couvrir mon rapatriement et/ou frais médicaux pour un voyage aux USA de moins de 90 jours ? »

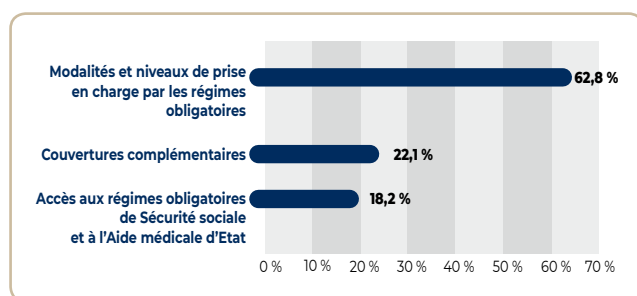


V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

L'accès aux soins est une des composantes fondamentales du droit à la protection de sa santé. Sans accès réel aux soins ni prise en charge financière de ceux-ci, la personne se trouve dans un état de santé dégradé générant en outre des difficultés professionnelles et sociales. L'accès aux soins ne doit pas être négligé par nos politiques de santé publique, France Assos Santé, entre autres grâce à Santé Info Droits, a pour mission d'y veiller, notamment dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale ainsi que dans leurs mises en œuvre.

Cinquième sujet de préoccupation des usagers de Santé Info Droits (mais pratiquement à égalité avec les 3 thématiques précédentes), avec 11,5 % des sollicitations et pas moins de 1 000 appels et courriels reçus, les questionnements se déclinent en trois sous-thématiques, ci-dessous :



Parmi les 12 sujets les plus souvent évoqués par nos interlocuteurs en 2018 toutes thématiques confondues, on retrouve ainsi les questions de modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale ainsi que les problématiques d'accès aux régimes d'Assurance maladie.

Accident médical	1 141
Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale	655
Accès au dossier médical	636
AERAS et accès à l'assurance	632
Pension d'invalidité de la Sécurité sociale	509
Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale	501
Consentement et soins sous contrainte	438
Arrêt maladie et droit du travail	319
Accident du travail et droit du travail	211
Rupture du contrat de travail	193
Fonctionnement des établissements de santé	192
Accès aux régimes obligatoires de l'Assurance maladie et à l'AME	190

À l'intérieur de ces catégories génériques, se distinguent particulièrement 5 sujets et en particulier les questions relatives aux frais de transport pour lesquelles nous avons souhaité cette année développer plus longuement les points saillants résultant de nos échanges.

Nous nous attarderons dans un second temps sur les enjeux posés par la dématérialisation des échanges entre assurés sociaux et l'Assurance maladie.

Frais de transport	167
Complémentaires santé	145
ALD - Protocole de soins	143
Niveau de prise en charge et remboursement (prestations non visées précédemment)	123
Conditions et modalités d'affiliation aux régimes obligatoires	85

V.1. LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Dans un contexte de démographie médicale fortement marquée par des inégalités territoriales et un accès difficile aux professionnels de santé, la question de la prise en charge des déplacements s'avère être un enjeu crucial pour les personnes nous sollicitant.

En voici les multiples facettes :

Les cas de prise en charge possibles

« Je suis interdite de conduire pour l'instant à cause de ma pathologie. Or, j'ai retrouvé un travail mais il n'y a pas de transport en commun à l'heure à laquelle je dois commencer. La Sécurité sociale peut-elle me prendre en charge un taxi pour me rendre sur mon lieu de travail ? »

« Ma maman doit aller faire une consultation avant opération. Elle ne peut se déplacer qu'en déambulateur. Peut-elle bénéficier de la prise en charge d'un transport pour sa consultation avec l'anesthésiste et le chirurgien ? »

Le Code de la Sécurité sociale établit le principe initial :

« La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie [...] comporte : [...] 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale [...] »

Ainsi, parmi les deux situations soumises aux écoutants de Santé Info Droits, la première sortant du champ d'intervention stricte de la protection sociale, seule la seconde pourrait ouvrir droit à une prise en charge par l'Assurance maladie, sous réserve de remplir un certain nombre de conditions strictes.

Ainsi, par exemple, depuis 2011, le seul fait d'être reconnu en affection de longue durée ne suffit pas à ouvrir droit à une prise en charge de ses frais de transport pour se rendre à des soins, même en lien avec l'affection :

« J'ai besoin de soins dentaires, j'ai le VIH, je suis en ALD, est-ce que je peux avoir le remboursement d'un taxi pour me rendre chez le dentiste ? »

Il faut que le transport ou l'assuré entre dans l'une des catégories suivantes :

- transports liés à des soins ou traitements en rapport avec une affection longue durée si l'assuré présente une des déficiences ou incapacités définies dans un référentiel ;
- transports de plus de 150 km, en série, en avion ou bateau ;
- transports d'enfants vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce ;
- transports en ambulance médicalement justifiés ;
- transports liés à une hospitalisation ;
- transports en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- déplacements en vue de se soumettre à un contrôle en application de la législation de la Sécurité sociale, pour une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage ou encore, pour se rendre à une expertise dans le cadre d'un contentieux avec la Sécurité sociale.

La règle de la prescription médicale préalable

« Mon fils (dont je suis également le tuteur) est pris en charge dans un foyer d'accueil médicalisé. Il est suivi en ville par une neurologue. Il continue de faire des crises parce qu'il est également épileptique. J'ai demandé à ce qu'il soit vu par un autre neurologue qui est un peu plus éloigné. Le médecin traitant qui exerce dans le foyer refuse de lui prescrire le bon transport, il considère que ce transport n'est pas justifié. Que puis-je faire ? »

« J'ai déposé une demande d'entente préalable pour les frais de transports pour me rendre à des soins à Paris. Ils m'ont refusé au motif qu'ils >>>

>>> n'avaient pas d'éléments médicaux suffisants. Je suis suivi dans des centres de référence. La Sécurité sociale refuse une fois sur deux. Certes, je ne joins pas de prescription médicale. Généralement, je donne la lettre confirmant le rendez-vous médical. J'ai fait un recours et ils l'ont rejeté. J'ai donc demandé un rendez-vous avec le médecin conseil. Ai-je eu raison ? »

Les frais de transport engagés par les assurés sociaux ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie que sous réserve d'avoir obtenu, avant d'effectuer le déplacement, une prescription de la part d'un médecin, sauf urgence médicale. Dans ce cas, la prescription spécifiant le caractère d'urgence peut alors être effectuée *a posteriori* par un médecin du centre de santé vers lequel la personne a été transportée.

La convocation pour se rendre à un examen de contrôle de la Caisse primaire d'Assurance maladie vaut prescription médicale. La prescription du transport doit indiquer les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant **le mode de transport prescrit**.

Le type de transport prescrit doit correspondre à l'état de santé de la personne, en suivant un référentiel strict prévu par un arrêté de 2006. Ainsi, à chaque situation médicale correspond un mode de transport déterminé : ambulance, taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL), véhicule personnel ou transport en commun. Il n'est pas admis, malheureusement dans certains cas, de dérogation à la règle du taxi conventionné, par exemple :

« J'ai été hospitalisé en urgence. À la sortie de l'hôpital, avec mon bon de transport, j'ai cherché à rentrer chez moi avec un taxi conventionné stationné devant l'hôpital. Aucun n'a voulu me prendre en charge car je n'avais pas de moyens de paiement à part mon chéquier. Du coup, j'ai pris un véhicule de transport avec chauffeur (VTC) et envoyé la facture à la sécu qui vient de me refuser la prise en charge car le taxi n'était pas conventionné... Pourtant c'était moins cher... »

La procédure d'entente préalable

Certains types de trajets nécessitent qu'une demande d'entente préalable soit formulée par l'assuré social auprès de sa Caisse primaire d'Assurance maladie.

C'est le cas, sauf urgence, lorsque le déplacement est de plus de 150 km, s'il doit se faire par avion ou par bateau, pour le transport d'enfants vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce ou encore pour des transports en série (4 déplacements de

V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement).

Le régime juridique de cette procédure pose un certain nombre de problématiques, difficiles à résoudre :

- Quand les frais de transport peuvent être pris en charge à deux titres...

« Je vous appelle pour un monsieur qui a reçu une décision du tribunal des affaires de Sécurité sociale, à propos de frais de transport pour lesquels il n'a pas fait de demande d'entente préalable à la Caisse.

C'était un transport en série, mais au titre de son affection de longue durée (ALD) pour laquelle il présente une incapacité permettant la prise en charge des frais de transport.

Le TASS dit qu'il a bien le droit à la prise en charge de ces frais mais qu'il aurait dû faire une demande d'entente préalable...

Qu'en pensez-vous ?

Il a le droit à une prise en charge de ses frais de transport à deux titres : transport en série et soins en lien avec son ALD. Quelle procédure prime ? Car pour l'ALD, pas d'entente préalable nécessaire. »

À noter que la réponse à cette interrogation reste incertaine. Si on peut penser que la volonté du législateur était probablement de laisser l'Assurance maladie évaluer la pertinence de la prise en charge financière de transports plus coûteux que les autres, ce qui peut éviter à l'assuré d'avoir à avancer des frais lourds en pensant se faire ensuite rembourser, les textes peuvent laisser planer le doute en l'absence de jurisprudence constante en la matière. Dans ce contexte, une demande d'accord préalable nous semble la réponse la plus sécurisante pour l'assuré.

- Quand on n'a aucun moyen de savoir à l'avance que les déplacements vont finalement se faire « en série » ou qu'il y a une divergence sur les notions...

« Je suis en litige avec ma CPAM. Suite à un refus de remboursement de frais de transport, après la découverte d'un cancer. J'ai fait un recours mais verbalement on m'a répondu que nous aurions dû faire la demande préalable parce qu'ils considèrent que entre la consultation, le scanner, la scintigraphie, la biopsie et la radiographie, il y a plus de 4 RDV. Mes médecins ne sont pas de cet avis. Pour eux, les transports en série doivent concerner un même traitement comme, par exemple, les séances de chimiothérapie à venir (sur la base d'une par semaine). Mais d'après eux, en aucun cas, une demande préalable n'aurait pu être effectuée sans avoir de résultat des examens, qui sont tombés au fur à mesure. »

- Quand les établissements de santé délivrent de mauvaises informations...

« Je suis en ALD pour un cancer du sein. Pour mes séances de radiothérapie, je me déplaçais à l'hôpital le plus proche de chez moi (100 km aller et 100 km retour). Je n'ai pas fait de demande d'entente préalable pour le remboursement du mode de transport prescrit parce que l'hôpital m'avait dit que ce n'était pas nécessaire et que j'aurai les bons de transports à la fin des séances pour faire ma demande de remboursement. J'ai fait la demande récemment et la Sécurité sociale a refusé la prise en charge. J'ai saisi la Commission de recours amiable qui a rejeté ma demande au motif que la demande de prise en charge devait être faite avant les déplacements. Si je l'avais faite, j'aurai eu probablement un remboursement. Que faire maintenant ? »

Dans le cas où une demande d'accord préalable est nécessaire, le défaut de réponse de la Caisse dans les 15 jours suivants la demande doit être interprétée comme une acceptation de la prise en charge. Dans les situations où la condition d'urgence n'est pas remplie, mais qui nécessitent cependant un transport rapide, ces 15 jours peuvent être longs pour une personne malade en attente de traitement ou pour une personne qui doit sortir d'une hospitalisation.

« J'ai un souci avec la Sécurité sociale par rapport à une prise en charge de VSL. Ma femme a un cancer de l'œil, elle a été opérée le 28 juin. Désormais, elle doit faire des séances de chimiothérapie. Son médecin lui a donné une prescription de transport. La demande d'accord préalable a été transmise, et la caisse nous dit de nous débrouiller ou d'attendre le délai de 15 jours. »

« J'ai été hospitalisée en urgence et transférée vers le centre hospitalier en vue de la pose d'un pacemaker en urgence. La Caisse me refuse la prise en charge du VSL que j'ai dû prendre pour regagner mon domicile au motif de l'absence de demande préalable, ce qui a été confirmé devant la Commission de recours amiable. Je dois saisir le Tribunal mais je ne sais pas quoi invoquer. »

Les assurés ne savent par ailleurs pas toujours que le défaut de réponse de la part de la Caisse vaut acceptation, ce qui les place, là aussi, dans des situations délicates.

« Je dois me rendre à une expertise à la demande de l'Assurance maladie et normalement j'ai droit à la prise en charge en VSL. La demande a été faite sur la base d'un bon de transport il y a trois semaines et je n'ai pas reçu de réponse. Je pense que je vais devoir décommander le VSL. »

Niveau de prise en charge des frais de transport

Une fois le principe de la prise en charge par l'Assurance maladie validé, un autre débat s'ouvre sur la distance entre le lieu de soins et le lieu de prise en charge.

En cas de déplacement de moins de 150 km dans le cadre d'une hospitalisation, les frais de transport sont pris en charge sur la base de la distance parcourue par l'assuré.

Dans les autres cas, le remboursement des frais de transport est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche.

Ce dernier principe vient se confronter à des divergences d'interprétation sur le terme « appropriée » ainsi qu'au principe général de liberté de choix de son établissement de santé et sa thérapeutique, reconnu par le Code de la Santé publique :

« Mon mari a un cancer de la prostate. À l'hôpital de notre région, on lui proposait un protocole très lourd et très invalidant. Il a donc préféré aller dans un hôpital parisien mais la sécu refuse de rembourser les frais de transport. On est donc allé au tribunal et on n'a toujours pas la réponse. »

Et comme chaque année, on rencontre toujours des problèmes de prise en compte des maladies rares alors même que la règle édictée de droit de la Sécurité sociale est limpide en la matière. Le traitement de ces pathologies nécessite presque toujours le recours à des centres de référence ou de compétence, les frais de transport sont pris en charge entre le domicile et le centre de référence le plus proche.

« La Caisse refuse de prendre en charge l'intégralité de mon transport jusqu'à Paris au motif qu'il y avait un établissement plus proche dans mon département. Seulement j'ai une maladie rare et Paris est le centre de référence pour mon affection. Que faire ? »

« Je suis atteint d'une maladie rare et je suis régulièrement suivi dans plusieurs établissements hospitaliers parisiens. Je suis d'une autre région et une fois sur deux, on me dit que les frais de transports remboursés seront ceux calculés sur le kilométrage d'un déplacement vers l'établissement de mon secteur. J'ai fait plusieurs courriers à plusieurs reprises mais rien n'y fait. Je ne comprends pas ce manque de cohérence. Que puis-je faire pour que cela s'arrête ? »

Parfois, même la question du domicile peut poser difficulté :

« Je vous appelle de l'hôpital Tenon où j'ai dû faire des examens. Ils m'ont fait une prescription pour des transports. Or là, je réside temporairement ailleurs qu'à mon domicile pour des raisons de violences. Comment ça se passe, comment je fais avec la CPAM ? »

Des refus de transport ou de prise en charge des frais correspondants qui ne trouvent pas toujours de justification légale...

« Je vous appelle pour un monsieur atteint d'obésité morbide (200 kg). Il doit aller voir un radiologue mais la société d'ambulance qui doit le conduire refuse de le prendre et a demandé à ce qu'une société de transports spécifiques le fasse. Il n'y en a pas dans son département, mais il y en a une dans l'Isère. Or, ça ne sera pris en charge qu'à hauteur d'un transport "classique", donc 600 euros restent à sa charge. Que peut-on faire à part saisir le fonds de secours ? »

« Je suis handicapé car je ne marche pas et je pèse 140 kg. Les ambulanciers normaux ne veulent plus me prendre en charge. Ils me disent qu'il faut une ambulance bariatrique. Je suis à 100 % pour mon obésité reconnu par l'Assurance maladie. La Cnam m'a dit au téléphone que les transports en ambulance bariatrique ne sont pas remboursés, j'ai été très étonné et je me demande si la personne qui m'a répondu ne s'est pas trompée. Que dois-je faire pour être transporté par une ambulance bariatrique et être remboursé du prix du transport ? »

V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

« Suite à une intervention du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), je viens de recevoir une facturation d'un reste à charge de 217 euros. Or, il me semblait que les interventions du SMUR étaient financées, au titre des missions de service public de l'établissement auquel il est rattaché, par les MIG (Missions d'Intérêt Général). J'ai donc contacté la Trésorerie du centre hospitalier émetteur de cette facturation. La réclamation a été transmise mais ils refusent d'annuler la mise en paiement. Pourriez-vous me préciser les règles de facturation concernant les interventions du SMUR lors d'un transport primaire, afin que je conteste efficacement (le cas échéant) cette facture ? »

Impact de la réforme des transports interhospitaliers sur les usagers hospitalisés en longue durée

Suite à la publication de différents textes réglementaires, les transports liés à des permissions de sortie de personnes hospitalisées ont été mis à la charge budgétaire des établissements de santé, alors qu'ils étaient précédemment pris en charge selon les règles de l'Assurance maladie.

Ces nouvelles dispositions entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2018, France Assos Santé, APF France handicap et AFM-Téléthon ont rapidement adressé un courrier commun à la ministre de la Santé pour alerter sur les restrictions de prises en charge des permissions de sortie, constatées par les usagers dès la mise en œuvre de cette réforme, notamment dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, où les hospitalisations peuvent être longues. Des établissements refusaient ainsi de prescrire les permissions de sortie qu'elles prescrivaient jusque-là, au motif de la charge financière qu'elles faisaient peser, contraignant ainsi les patients ou leur proches à prendre en charge eux-mêmes ces frais.

Cela entraînait donc une hausse des restes à charge et des inégalités sociales entre ceux pouvant assumer cette charge financière et ceux qui n'en avaient pas les moyens. Nous avons alors rappelé l'importance des permissions de sortie, notamment pour les jeunes éloignés du milieu familial, mais également pour la préparation du retour à domicile avec les aménagements nécessaires à évaluer et à mettre en place.

Une première instruction a alors été adressée aux agences régionales de santé pour transmission aux établissements de santé, sollicitant une bonne application des textes prenant en compte les besoins de sortie, en particulier pour les enfants hospitalisés sur une longue durée, puis une circulaire est finalement venue prévoir explicitement la prise en charge des permissions de sortie par l'Assurance maladie pour les patients de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours à raison d'une sortie hebdomadaire, sans distinction de sorties thérapeutiques ou pour convenances personnelles.

V.2. LA DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE ÉVOLUTION SUSCEPTIBLE DE FAIRE OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

« Bonjour,
Par ce courrier je souhaite attirer votre attention sur une pratique de l'Assurance maladie, qui me paraît de nature à priver de leur droit le plus élémentaire à l'accès aux soins, des assurés n'étant pas en mesure d'y répondre de façon adéquate. Il y a deux mois, j'ai reçu le courriel joint, en provenance de l'Assurance maladie. Après avoir d'abord cru à un spam, j'ai procédé à une vérification qui m'a permis de constater que ce message émanait bien de cet organisme. Une lecture des forums de l'Assurance maladie m'a permis de constater que de nombreux assurés avaient reçu un message similaire, et ne savaient comment y répondre. »

Courriel de l'Assurance maladie :

« Bonjour,

Vous avez bénéficié de la prise en charge de vos frais de santé au titre de la Protection Universelle Maladie pour vous-même et vos ayants droit.

Dans le cadre des actions de contrôle mises en œuvre par l'Assurance Maladie, nous vous avons adressé un courriel dans lequel nous vous demandions de justifier que vous travaillez ou résidez toujours en France de manière stable et régulière.

À ce jour,

- **Nous n'avons reçu aucune réponse de votre part,**
- **Ou les documents transmis ne nous permettent pas de maintenir vos droits,**
- **Ou vous nous avez confirmé votre départ à l'étranger.**

Par conséquent, nous procédons à la fermeture de vos droits et de ceux de vos ayants droit dans les 45 jours suivant la date d'envoi du présent courriel.

A l'issue de ce délai, pensez à nous restituer votre carte Vitale ainsi que, votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) si vous en possédez une et le cas échéant celles de vos ayants-droit.

Par ailleurs, si vous disposez également d'un droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC); le bénéfice de la CMUC étant subordonné à l'existence de droits à la prise en charge de vos frais de santé par l'Assurance Maladie, les droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) seront aussi fermés. >>>

>>> Si votre situation évolue, vous pourrez réaliser une nouvelle demande à partir du formulaire de demande d'ouverture de droit à l'Assurance maladie disponible sur www.ameli.fr

Vous pouvez ne pas être d'accord avec cette décision et vouloir la contester en saisissant dans un délai de deux mois à compter de la réception de ce courriel, la Commission de recours amiable de la CPAM. Dans ce cas, pensez à rappeler dans votre courrier vos coordonnées, les motifs de votre demande et à joindre tous les justificatifs. »

« J'ai de mon côté suivi la voie de recours proposée et adressé une demande de saisine de la commission de recours amiable. Il apparaît évident que des assurés, n'étant pas familiers des recours à des décisions d'ordre administratives, courent un risque réel de se voir privés de leur droit à l'accès aux soins, ainsi que pour les membres de leur famille. Cette situation ne me semble pas digne de ce que l'on peut attendre d'un pays développé tel que le nôtre. En outre, de telles pratiques ne peuvent que concourir à la défiance des administrés vis-à-vis des administrations et de manière plus large vis-à-vis des autorités, dans un contexte de défiance déjà prégnant. Je suis disposé à agir pour que de telles pratiques cessent. »

Ce témoignage nous alerte très fortement sur deux problématiques :

- celle de la continuité des droits à l'Assurance maladie qui devait être améliorée, favorisée par la réforme de la PUMA. Des contrôles aléatoires des conditions d'ouverture de droits ont été mis en place de manière dématérialisée à chaque fois que possible ;
- celle de la dématérialisation des courriers de l'Assurance maladie depuis 2016 qui, sous couvert de simplification et de réduction des coûts, entraîne potentiellement une vraie difficulté d'accès aux droits puisque les notifications ne se font plus que sur le site AMELI, ou par courrier électronique.

A cet égard, les assurés sociaux sont-ils pleinement informés que s'ils remplissent la case « adresse email » d'un formulaire de Sécurité sociale ou se créent un compte « Ameli », ils deviennent alors soumis à une obligation de consultation régulière de leur boîte mail, car ils sont susceptibles à tout moment de recevoir une notification d'ouverture ou de refus de droits, laquelle faisant par ailleurs courir des délais de recours ?

Et surtout qu'ils n'oublient pas de regarder dans leur boîte de réception « Courriers indésirables » dans laquelle serait

malencontreusement classée une demande de justificatif de domicile sans lequel la famille entière se retrouverait sans assurance maladie !

Car, attention ! À bien y regarder de plus près, toutes les lois florissantes ces dernières années s'évertuent à modifier les modalités de notification de décision des administrations (de toutes sortes, pas uniquement l'Assurance maladie), en remplaçant le dispositif « *par courrier recommandé avec accusé de réception* » par celui « *par tout moyen conférant date certaine* ». Cette nouvelle terminologie recouvre très probablement le courrier électronique.

Si on peut saluer cette avancée comme simplificatrice et moins coûteuse, y compris pour l'usager qui n'aurait désormais plus nécessairement à dépenser plus de 5€ pour un courrier recommandé avec accusé de réception lui permettant de contester une décision, nous nous inquiétons fortement, d'une part, du défaut de communication autour de cette démarche et ses implications juridiques touchant l'ensemble des administrés et, d'autre part, des nombreuses personnes qu'elle peut laisser sur le bas-côté.

Selon les chiffres 2018 du Baromètre numérique du CRÉDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie), 89 % de la population est internautes mais 36 % éprouve une inquiétude à l'idée d'accomplir la plupart de ses démarches administratives en ligne.

Parmi eux, se trouvent les personnes les plus vulnérables, à savoir les personnes âgées, isolées, les populations précaires, ne comprenant pas ou mal la langue française.

« Je voudrais savoir jusqu'à quand mon mari et moi avons notre 100 %. On a appelé le 3646 mais ils nous renvoient sur Internet... On n'y connaît rien, nous. »

Dans ce contexte, le Défenseur des droits a publié un rapport intitulé « Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics » recensant ainsi les risques et dérives de la transformation numérique. Il y rappelle les principes fondamentaux de continuité du service public, d'égalité devant le service public et d'adaptabilité et de mutabilité.

Nous adhérons ainsi pleinement aux recommandations de cette instance, sur ce sujet, celles de :

- conserver toujours plusieurs modalités d'accès aux services publics ;
- prendre en compte les difficultés pour les usagers ;
- repérer et accompagner les personnes en difficulté avec le numérique ;
- améliorer et simplifier les démarches dématérialisées pour les usagers ;
- former les accompagnateurs ;
- prendre en compte les publics spécifiques.

V. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS

de Santé Info Droits sur la thématique
« Accès et prise en charge des soins » en 2018

RESPECT DU PARCOURS DE SOINS

« Que se passe-t-il si je vais directement chez le spécialiste, mon médecin traitant est difficilement accessible ? »

AFFECTION DE LONGUE DURÉE/PROTOCOLE DE SOINS

« J'ai reçu un courrier de la CPAM. Le protocole de soins a été refusé par la Caisse parce que celui que mon médecin a fait ne respectait pas les nouvelles conditions de l'ALD. J'ai fait une demande d'expertise mais on me propose des médecins qui ne connaissent pas la particularité de mon diabète. J'ai vu que je pouvais être condamné aux dépens. Est-ce que je risque quelque chose ? »

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE ET REMBOURSEMENT

« Mon fils est en arrêt pour une maladie des tissus qui ressemble à la SEP. Le service médical de la Caisse refuse de prendre en charge certains médicaments en disant que le traitement n'est pas pertinent. Que faire ? »

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

« J'ai eu un accident du travail. J'ai été agressé par des braqueurs sur mon lieu de travail. Le médecin conseil m'avait dit que je serai consolidé avec séquelles mais dans le courrier que je viens de recevoir il ne mentionne pas les séquelles. Que faire ? »

FRANCHISES ET PARTICIPATIONS FORFAITAIRES

« Je suis pris en charge à 100 % au titre d'une invalidité mais la Caisse me demande le paiement d'une somme de plus de 100 € incluant des participations forfaitaires et frais pour les médicaments. Je ne comprends pas. Que puis-je faire pour contester ? »

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

« Je suis très stressée. Je dois faire renouveler mon dossier AAH. Pour ce faire, je dois voir un ophtalmo. J'ai téléphoné à pleins d'ophtalmos mais aucun ne peut me recevoir avant 6 mois alors que mes droits s'arrêtent dans un mois. Comment je fais, moi ? »

AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

« Comment choisir entre les différents contrats proposés dans le cadre de l'ACS ? »

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

« J'ai reçu un courrier de la CPAM qui me dit qu'ils ont vu que je n'avais pas déclaré toutes mes ressources et que donc ils annulaient la décision d'attribution de la CMU-C pour l'année. En fait ce qui s'est passé c'est que il y a eu pas mal de mouvements sur mon compte vu que j'avais avancé de l'argent à une association avec laquelle je travaille souvent et puis mon père m'a fait don d'une somme d'argent mais à titre tout à fait exceptionnel. Mais moi même quand je prends en compte tout ça je n'arrive pas au plafond puisque je suis à 7 100 €. Je voudrais donc faire un recours gracieux et je voulais savoir si vous pouviez me donner des pistes.

PORTABILITÉ D'UN CONTRAT DE GROUPE OBLIGATOIRE

« Je suis représentante syndicale et je vous appelle pour un monsieur qui a été licencié (rupture conventionnelle pour éviter le doublement des indemnités de licenciement en cas d'inaptitude d'origine professionnelle). Le licenciement est daté de juin 2017. Il avait donc normalement droit à bénéficier de la portabilité jusqu'en juin 2018. Il s'est récemment fait opéré et là : surprise ! L'hôpital lui dit qu'il a été radié car il ne pouvait pas s'inscrire à Pôle emploi. L'hôpital lui réclame 8 000 euros. Comment peut-il faire ? »

ACCÈS AUX SOINS DES ÉTRANGERS NON-RÉSIDENTS

« Je vis au Maroc, j'ai rendu visite à ma fille qui vit en France. On m'a décelé un cancer de l'utérus métastasé après un malaise aux urgences. J'ai été gardée à l'hôpital durant 3 semaines environ. Et comme je ne suis pas assurée sociale car venue en tant que touriste, ma facture s'élève à 26 000 euros. Je suis désemparée car je ne pourrai payer cette somme. Je ne sais vers qui me retourner ? Je recherche les pistes pouvant m'aider à régler cette somme. »

AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)

« Je suis à l'AME, puis-je bénéficier de soins de kinésithérapie ? »



VI. HANDICAP ET PERTE D'AUTONOMIE

VI. HANDICAP ET PERTE D'AUTONOMIE

« Je suis reconnue travailleur handicapé à cause de différents soucis de santé, j'ai une fibromyalgie depuis plus de 10 ans qui dégrade de plus en plus mon état de santé. J'avais le droit à une carte d'invalidité qui a été renouvelée par la MDPH plusieurs fois, arrivant à terme en novembre. Vu que les dossiers mettent beaucoup de temps, j'ai refait la demande de renouvellement et SURPRISE on me la refuse ! Je voudrais aussi savoir, étant en pension d'invalidité catégorie 1, comment faire pour passer en catégorie 2 ? Merci de me répondre par mail car je suis malentendante et ne suis pas encore appareillée vu le coût des appareillages et ma petite pension mensuelle de 300 € (seul revenu, n'ayant pas le droit de percevoir l'AAH car mon mari a un salaire). »

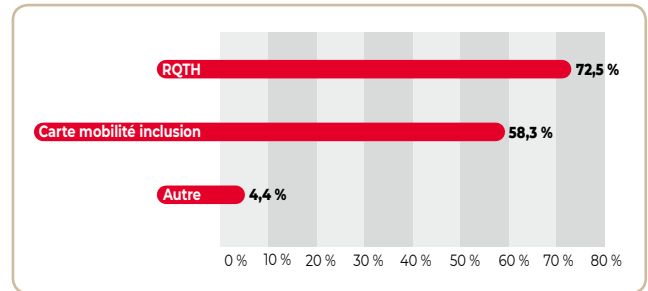
Ce témoignage nous offre une palette intéressante de questions qui sont soulevées dans cette 6^{ème} grande thématique de l'Observatoire de France Assos Santé. En effet, parmi les prédominances, on retrouve, pour près de la moitié, la problématique des ressources des personnes en situation de handicap. Parmi celles-ci, d'un montant de 860 €, l'allocation aux adultes handicapés, qui, en tant que revenu de solidarité, n'est attribuée qu'aux personnes bénéficiant de faibles ressources au sein du foyer. Les revenus du conjoint sont donc pris en compte pour l'attribution d'une allocation justifiée par le handicap personnel du demandeur. Les associations militent depuis toujours contre cette prise en considération inéquitable qui conduit la personne à une relation de dépendance financière avec son conjoint.

Les différentes sollicitations esquissent les parcours des personnes concernées qui peinent parfois à se repérer dans les méandres des différents dispositifs et pour lesquels Santé Info Droits joue pleinement son rôle d'information.

Près d'un quart des demandes de la thématique porte par ailleurs sur les questions de reconnaissance du statut de personnes en situation de handicap.

Deux types de reconnaissance existent dans ce domaine :

- la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, connu aussi sous l'acronyme RQTH ;
- la Carte mobilité Inclusion.



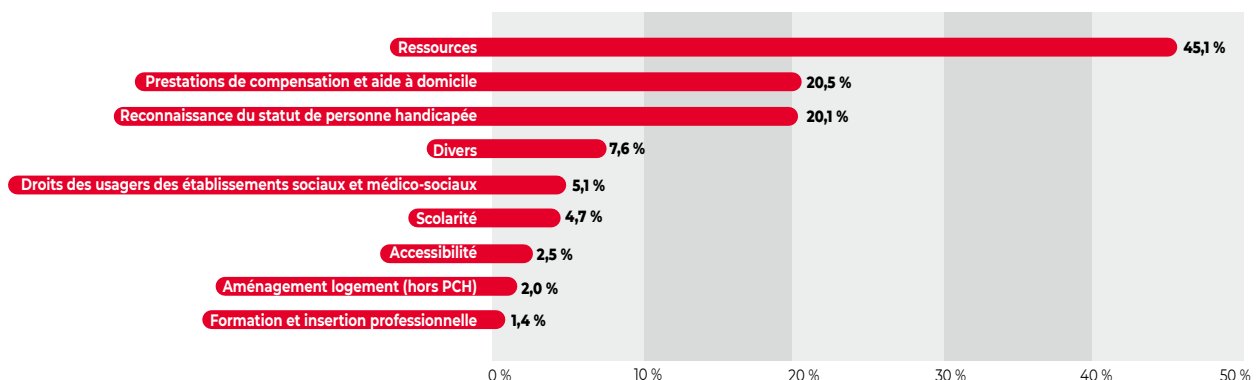
La RQTH est une reconnaissance administrative de la réduction des possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi du fait de problèmes de santé. Elle poursuit l'objectif de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

« Je veux savoir quelles sont les maladies qui ouvrent droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. J'ai une maladie mentale et j'aimerais savoir si je peux bénéficier de ce statut. »

« Bonjour, je suis assistante sociale, peut-on prétendre à la RQTH en cas d'atteinte par le VIH ? »

Il n'existe pas de liste des affections permettant d'ouvrir droit à la RQTH. Pour être reconnue en tant que travailleur handicapé, la personne doit être atteinte d'une altération durable d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. En matière d'employabilité, la seule existence d'un handicap ne suffit pas, il doit également être tenu compte de l'impact de celui-ci sur les possibilités de l'intéressé d'obtenir ou de conserver un emploi.

Répartition des sollicitations



« J'ai été saisi par une personne qui a eu une RQTH par la MDPH mais n'a pas été orientée vers le Cap Emploi. Est-ce normal ? »

En l'occurrence, la personne reconnue travailleur handicapé peut bénéficier d'un dispositif d'accompagnement à la recherche d'emploi assuré par Cap Emploi, qui est un réseau de spécialistes de la relation handicap et emploi dont la mission consiste à assurer le diagnostic, l'orientation et l'accompagnement des personnes handicapées et des employeurs souhaitant les recruter.

« Je vous appelle au sujet de mon fils qui a des troubles mentaux. Je voudrais savoir s'il peut travailler en milieu protégé ? »

Lorsque la Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées (CDAPH) constate que les capacités de travail d'une personne ne lui permettent pas, momentanément ou durablement, à temps partiel ou à temps plein, de travailler dans une entreprise ordinaire, dans une entreprise adaptée, pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité indépendante, elle l'oriente vers un Etablissement de Service et d'Aide par le Travail (ESAT). L'ESAT offre aux travailleurs handicapés des activités professionnelles et un soutien médico-social et éducatif.

L'autre type de reconnaissance dans le domaine du handicap est la Carte mobilité inclusion (CMI), qui a remplacé au 1^{er} janvier 2017 les anciennes cartes de priorité, européenne de stationnement, et d'invalidité.

« Je souffre de l'atrophie multi systématisée (AMS) depuis 2 ans alors qu'on m'a diagnostiqué Parkinson il y a 6 ans. Est-il normal, malgré un dossier médical lourd expliquant notamment l'aide obligatoire dont j'ai besoin pour les gestes courants, de n'avoir obtenu que la carte inclusion stationnement et carte inclusion évitant attente ? Je ne peux plus conduire, j'ai des cannes obligatoires. L'AMS est-elle reconnue à plus de 80 % ? »

Si une seule carte existe désormais, toutes les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas des mêmes attributions de la carte.

En effet, les différentes caractéristiques préexistent et offrent différents droits.

« Atteinte de plusieurs affections de longue durée, en 2010, j'ai déposé un dossier à la MDPH pour faire reconnaître mes handicaps. Il m'a été accordé la carte de stationnement à titre permanent ainsi que la carte de priorité, à titre permanent également. En revanche, la carte d'invalidité m'a été refusée, mon taux d'incapacité retenu étant compris entre 50 et 79%. Mes pathologies irréversibles s'étant aggravées, est-il possible de déposer un nouveau dossier pour faire réviser mon taux d'incapacité ? A cet effet, j'ai rempli le formulaire Cerfa n° 13788*01 et fait compléter par mon médecin le certificat médical. Je reste perplexe devant la page du formulaire demandant de rédiger mon "Projet de vie" ! »

Le candidat à la **CMI priorité** doit être atteint d'un taux d'incapacité inférieur à 80 % et vivre péniblement la station debout. Elle lui permet alors de bénéficier de la priorité sur les places assises dans les transports, espaces et salles d'attente, lieux et manifestations recevant du public, files d'attente.

« Je suis dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, depuis 2015 le médecin de la Sécurité sociale m'a déclaré en invalidité de catégorie 2, 2/3 de handicap (soit 66,66 % de taux d'invalidité). Mon état de santé s'étant sérieusement aggravé, le 8 mars dernier, un rhumatologue m'a diagnostiqué fibromyalgique. À deux reprises, j'ai effectué une demande de carte de stationnement pour personne handicapée, cette dernière demande a été refusée, ma question est la suivante : est-il vrai que toute personne souffrant de fibromyalgie se voit dans l'obligation de recevoir cette carte de stationnement ? Cette pathologie est très invalidante, mon périmètre de marche est très limité (50 mètres). »

Le candidat à la **CMI stationnement** doit présenter soit une réduction de la capacité et de l'autonomie de la marche (par exemple, un périmètre de marche inférieur à 200 m), soit une nécessité d'accompagnement pour tous les déplacements. Elle permet l'accès à des places de stationnement réservées et la gratuité de toutes les places de stationnement ouvertes au public.

« Mon fils a 9 ans. Jusqu'à présent, nous avons droit à la carte d'invalidité et moi, au complément d'activité. Mais ils l'ont passé à un taux de handicap entre 50 et 79% et nous n'avons plus droit à rien. Je veux faire un recours gracieux et on m'a donné vos coordonnées. »

VI. HANDICAP ET PERTE D'AUTONOMIE

Enfin, le bénéficiaire de la **CMI Invalidité** doit présenter un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % ou bénéficier d'une pension d'invalidité 3ème catégorie et avoir besoin d'un accompagnement. Les avantages octroyés sont alors : la priorité sur les places assises dans les transports, espaces et salles d'attente, lieux et manifestations recevant du public, files d'attente – une demi-part supplémentaire pour le calcul

de l'impôt sur le revenu –, un abattement fiscal en fonction des ressources – abattement pour le calcul de l'AAH –, possibilité d'être à charge fiscale d'un proche hébergeant – avantages tarifaires sur les loisirs, la culture - avantages de la RQTH et avantages commerciaux pour l'accompagnant lors de voyages de la SNCF.

AUTRES EXEMPLES DE SOLLICITATIONS

de Santé Info Droits sur la thématique
« *Handicap et perte d'autonomie* » en 2018

ACCESSIBILITÉ

« Je suis locataire d'un HLM et je voudrais savoir s'il est possible de demander aux HLM de remplacer la baignoire de mon logement par une douche car je suis en situation de handicap reconnue par la MDPH et mon chirurgien me contre-indique formellement la baignoire. »

DROITS DES USAGERS EN ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

« Est-ce qu'une ordonnance médicale établie avec l'en-tête d'un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sans aucune signature est légale avec un médecin traitant désigné ? Maman me disait ne presque jamais voir le médecin. Il me semblait qu'une ordonnance légale devait être établie sur papier à en-tête du médecin revêtu de sa signature lors d'une consultation. Sans consultation, un EHPAD peut-il délivrer des médicaments ? Et qui peut prendre ce genre de décision ? J'ai écrit au Conseil de l'ordre des médecins, mes messages sont lus et pour l'instant aucune réponse. »

PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) — AIDE HUMAINE

« Je bénéficie de la PCH, j'ai un plan d'aide par mois. Or il se trouve que j'ai été hospitalisée et que je n'ai pas utilisé tous les Chèques Emploi Service (CESU) qui m'ont été envoyés par le département. Est-ce que je peux les utiliser jusqu'à la fin de l'année ? Le service CESU me dit que je ne peux plus les utiliser. »

ALLOCATION PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE (APA)

« Ma sœur n'est quasiment plus autonome et elle ne reçoit que 80 € par mois de l'APA. Est-ce normal ? »

ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (AAH)

« J'avais l'AAH depuis plusieurs années, je vivais dans le 69 et je suis passée dans le 71 et maintenant ils ont refusé de me l'accorder. Ils disent que je suis en dessous de 50 %. Pourtant ma situation médicale n'a pas changé, mon médecin ne comprend pas. »

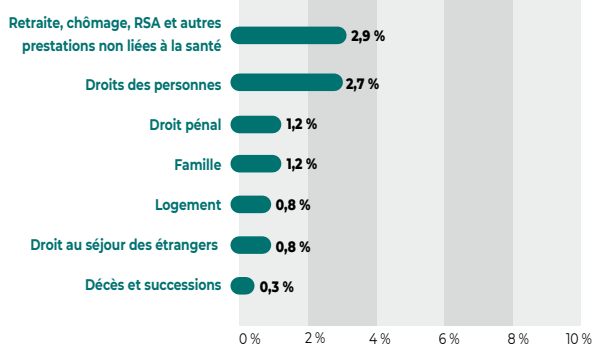
SCOLARISATION

« La mairie et la directrice de l'école de secteur refusent l'inscription de mon fils de 3 ans pour la rentrée prochaine au motif que, du fait de son handicap, il serait "une bombe à retardement". Pourtant, il est déjà en crèche municipale sans que cela ne pose problème. Mon fils aîné souffre de la même pathologie et suit une scolarité en milieu ordinaire classique dans un autre établissement dans une autre commune. La directrice accepterait de prendre mon fils de 3 ans mais le maire s'y oppose au motif que nous vivons à 10 km. Je suis aidé par la MDPH et par une association dans mes démarches. Mais que dois-je faire pour faire admettre mon fils à la rentrée prochaine ? »



VII. AUTRES THÉMATIQUES DE SOLLICITATIONS

VII. AUTRES THEMATIQUES DE SOLLICITATIONS



Voici quelques illustrations des sollicitations portant sur ces différents sujets :

RETRAITE

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

« J'ai la maladie de Parkinson, je suis reconnu en tant que travailleur handicapé depuis 2009. Mon taux de handicap a été évalué entre 50 % et 79 %. Je suis opérateur projectionniste. Pouvez-vous m'indiquer si j'ai le droit à une retraite anticipée, j'ai de plus en plus de mal à travailler surtout que mon temps de travail est souvent le soir, j'ai un traitement médicamenteux lourd et je m'endors au travail ? »

Conséquence de la maladie sur le calcul de la retraite

« J'ai eu un AVC en 2013. J'ai été hospitalisé durant une semaine et j'ai repris le travail. En 2014, j'ai été reconnu RQTH. Comme je suis directeur informatique et qu'il fallait accompagner ma société, je ne me suis pas arrêté. Entre-temps, on m'a découvert une malformation cardiaque et j'ai une hypertension incontrôlable. Il m'était de plus en plus difficile de suivre le rythme. De fin octobre à mi-mars 2016, j'ai été arrêté par mon médecin traitant. Là, depuis mars 2016, j'ai repris en temps partiel thérapeutique. J'ai reçu un refus d'invalidité en catégorie 1 du médecin conseil et suis convoqué devant le TCI fin février. Comme j'ai commencé à travailler très tôt, l'assistante sociale m'a dit que je pouvais bénéficier d'une retraite "carrière longue". Je suis en ALD et n'ai pas eu d'autres arrêts que celui de 2014 et celui de 2017. Quelles sont les conséquences du TPT et de l'invalidité sur la retraite en termes de déclenchement (nombre de trimestres cotisés) et de montant ? »

Maladie et retraite complémentaire

« Bonjour, quand on a une pension d'invalidité, les trimestres sont des trimestres assimilés pour la retraite de base, mais qu'en est-il pour les complémentaires. J'ai deux sons de cloches différents. On me dit que ce sont des trimestres assimilés et d'autres me disent que même si on ne cotise pas, on a des points de retraite. Pouvez-vous m'éclairer ? »

Pension de réversion

« Je souhaiterais connaître précisément les droits de réversion de pension pour un enfant majeur reconnu handicapé par la MDPH. Que va-t-il se passer au décès de ses parents divorcés dont le père est remarié fonctionnaire de France Télécom et la mère, enseignante de l'éducation nationale. »

Incidences de l'éducation d'enfant handicapé sur la retraite

« Ma femme veut prendre sa retraite mais n'a pas suffisamment de trimestres. Peut-elle bénéficier d'un avantage lié au fait qu'elle a élevé un enfant hémophile reconnu à plus de 80 % de handicap ? »

CHÔMAGE

Prise en compte de la maladie pour le calcul de l'allocation

« Le Pôle Emploi refuse de prendre en compte les périodes d'arrêt de travail pour maladie pour calculer mes droits à l'ARE. Est-ce normal ? »

Report d'inscription

« Si je me fais licencier et que je suis encore malade, suis-je obligé de m'inscrire au chômage ou puis-je rester en arrêt maladie tant que je ne suis pas capable de travailler ? »

Reprise de droits à l'allocation

« Demandeur d'emploi depuis novembre 2015, j'ai alterné jusqu'en janvier 2017 : petites périodes de travail et formations, jusqu'au 15 janvier 2017. A cette date, j'ai été malade (pris en charge à 100 %) jusqu'au 23 janvier 2018. A cette date, j'ai fait la demande auprès de Pôle emploi pour la réouverture de mon reliquat de droits (environ 6 mois). Il m'a été dit que ce n'était pas possible car je n'avais pas assez d'heures travaillées avant mon arrêt de travail, qu'il fallait que je retravaille 4 mois pour pouvoir en bénéficier. Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si c'est exact car je lis dans votre documentation que l'on peut à nouveau percevoir le reliquat d'indemnités chômage si l'ouverture des droits a moins de 3 ans (mais je n'ai peut-être pas compris). J'ai rendez-vous avec Pôle Emploi mardi pour confirmer ma réinscription et voir mon orientation pour l'avenir, il me serait précieux d'avoir votre réponse avant. »

Cumul de l'allocation avec une pension d'invalidité

« Je bénéficie d'une pension d'invalidité deuxième catégorie tout en continuant à travailler depuis plusieurs années. Le médecin du travail préconise une nouvelle réduction de mon temps de travail mais je crains que mon employeur ne l'accepte pas et qu'il me licencie. Dans ce cas, vais-je pouvoir bénéficier des allocations du Pôle emploi tout en maintenant ma pension ? »

PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS VULNÉRABLES

La mise en place de mesures de protection juridique

« Mon père a une maladie rare neurodégénérative. Comme ma mère, âgée de 80 ans, ne pouvait plus s'en occuper, nous l'avons placé dans une maison de retraite. Cela ne se passe pas bien. Le directeur refuse de prendre en considération la désignation de ma mère comme personne de confiance alors même qu'elle a été faite avant l'arrivée dans son EHPAD et en présence du médecin traitant neurologue à l'hôpital. Surtout, le directeur a décidé à notre insu de faire une demande de mise sous tutelle. Hier nous avons reçu un courrier du juge des tutelles nous demandant plein d'informations. C'est scandaleux. Que pouvons-nous faire contre ce directeur ? Mon père a encore toute sa tête et peut faire connaître s'il est d'accord ou pas. Le mettre sous tutelle, c'est contraire à sa dignité. »

L'exercice de la mesure de protection

« Je vous appelle en tant qu'intervenante dans une association de promotions des soins palliatifs au sujet d'une vieille dame de 91 ans, amputée du pied et aveugle. La stagiaire de son mandataire judiciaire m'a appelée pour me demander s'il n'y avait pas des aides complémentaires à l'APA pour que cette dame qui va apparemment passer en GIR 1 puisse rester à domicile. Je voudrais, du coup, avoir quelques informations sur la mesure de curatelle renforcée. Est-ce que la dame peut choisir là où elle vit ? Est-ce qu'elle conserve le contrôle de ses ressources ? »

Modification de la mesure de protection

« Ma fille est sous curatelle renforcée, je veux en demander la mainlevée pour donner plus d'autonomie à ma fille mais elle a des problèmes de gestion d'argent et je ne veux pas la laisser sans protection. Je m'interroge donc sur la possibilité de solliciter par la suite une habilitation familiale. »

L'APTITUDE À LA CONDUITE

« Je vous appelle pour ma fille qui a fait des crises d'épilepsie et lors d'une demande d'inscription à une auto-école pour conduite accompagnée, l'auto-école a refusé de l'inscrire. Est-ce normal ? Dois-je informer la préfecture ? »

LES ATTEINTES À LA VIE PRIVÉE

« La femme de mon fils dit à tout le monde qu'il est séropositif. On voudrait la stopper. La police nous dit qu'il faut déposer plainte par un avocat auprès du procureur. Que faire pour faire cesser l'atteinte à la vie privée ? »

PÉNAL

« Mon mari a fait une grosse bêtise et vient d'être condamné à 11 mois de prison ferme. Le problème est que son état est incompatible avec la prison. Son avocat suggère de faire appel ou de demander un aménagement de peine. Qu'en pensez-vous ? »

VII. AUTRES THEMATIQUES DE SOLLICITATIONS

« Mon fils de 42 ans est bipolaire. Il vient de recevoir une lettre l'informant qu'il est désigné pour être jury d'assises. Comment faire une demande de dispense car c'est bien trop lourd pour lui ? »

FAMILLE

Divorce

« Mon fils est atteint d'une maladie rare qui a été découverte alors que sa femme lui avait demandé le divorce. Je veux savoir s'il peut être obligé de quitter la maison malgré sa maladie. »

Exercice de l'autorité parentale

« Je suis bipolaire. Il y a 7 ans, j'ai quitté le foyer accompagné par les pompiers. Suite à la séparation, cela s'est passé très mal par rapport à mes droits pour mon enfant. Je n'ai plus de nouvelles de mon enfant depuis deux ans. Que puis-je faire ? »

LOGEMENT

Logement insalubre

« En février 2018, des infiltrations d'eau sous le dallage ont provoqué des tâches de moisissures à tous les angles de chaque pièce de notre appartement en location (immeuble construit en 2015). Comment faire comprendre au propriétaire que les moisissures peuvent aggraver mon état de santé déjà fragile. »

Expulsions de logement

« J'ai un cancer chronique pour lequel je suis régulièrement en chimiothérapie depuis plusieurs années. J'ai dû faire face à une aggravation de la pathologie et j'ai un peu perdu pied. J'ai arrêté de payer mes loyers. Je suis convoquée devant le tribunal d'instance pour la résolution judiciaire du bail. Est-ce que l'effet est immédiat ? Est-ce que je peux obtenir le renvoi de l'audience en raison de mon état de santé ? »

LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES N'AYANT PAS ACCÈS AUX TRAITEMENTS DANS LEUR PAYS D'ORIGINE

« Je me permets de vous contacter car je me retrouve face à un dilemme suite à ma maladie et j'aurai besoin d'un conseil juridique. En effet je suis atteinte de pancréatite chronique héréditaire, une maladie génétique rare et orpheline, ainsi que d'hyperinsulinisme. Ces deux maladies assez contraignantes m'obligent à subir des soins, contrôles et prendre certains médicaments (antidouleurs, metformine...), souvent introuvables dans d'autres pays. Je suis une étudiante étrangère et j'entame ma dernière année en France, ma maladie n'est pas connue dans mon pays et les médicaments que je prends y sont introuvables, me faire suivre et soigner là-bas est donc impossible. Je voulais donc savoir s'il existe un moyen légal afin que je puisse rester en France et me faire suivre, car cela m'est primordial, vu mon état de santé. »



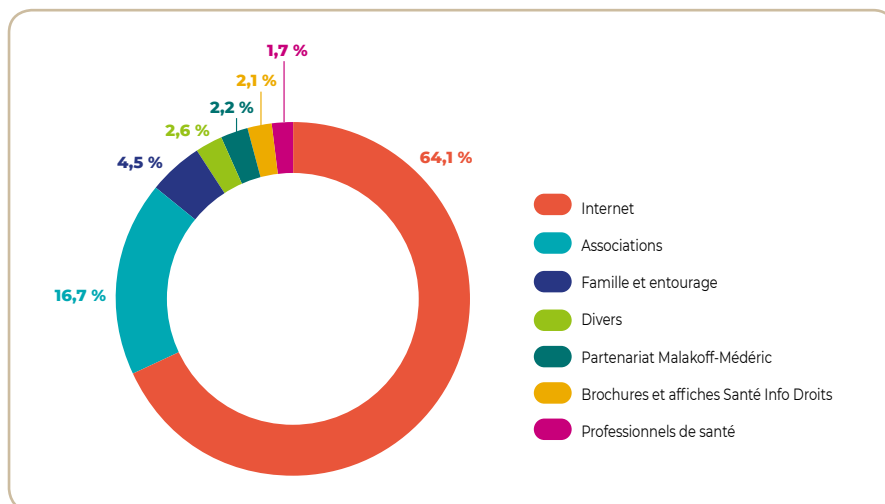
VIII. ANNEXES

STATISTIQUES RELATIVES À SANTÉ INFO DROITS POUR L'ANNEE 2018

1. Données relatives à la connaissance et au mode d'utilisation de Santé Info Droits p. 61	
1.1 Mode de connaissance de la lignep. 61	
1.2 Orientations associatives vers Santé Info Droits p. 62	
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 Âge des personnes concernées par les sollicitations p. 63	
2.3 Régions des appelants..... p. 64	
2.4 Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département) 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 pathologie ou situation quand la situation médicale est identifiée p. 66	
3. Expressions des appelants quant à Santé Info Droits p. 67	
3.1 Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques..... p. 67	
3.2 Expression spontanée des appelants en fonction des thématiques p. 67	
3.3 Résultats de l'enquête de satisfaction du 26 au 30 novembre 2018..... p. 68	
3.4 Accessibilité de la ligne..... p. 68	
4. Thématiques des appels p. 69	
4.1 Répartition des appels par thématique..... p. 69	
4.2 Évolution des thématiques entre 2017 et 2018..... p. 69	
4.3 Répartition des thématiques selon les pathologies..... p. 70	
4.4 Données détaillées par thématique.....p. 72	
4.4.1 Thématique « Droits des usagers dans leur recours au système de santé »..... p. 72	
4.4.1.1 Évolution du nombre de sollicitations..... p. 72	
4.4.1.2 Répartition des sollicitations de la thématique p. 72	
4.4.1.3 Évolution des sollicitations de la thématique p. 73	
4.4.2 Thématique « Santé et travail »..... p. 73	
4.4.2.1 Évolution du nombre de sollicitations... p. 73	
4.4.2.2 Répartition des appels de la thématique p. 74	
4.4.2.3 Évolution des sollicitations de la thématique p. 74	
4.4.3 Thématique « Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité » p. 75	
4.4.3.1 Évolution du nombre de sollicitations ... p. 75	
4.4.3.2 Répartition des appels de la thématique p. 75	
4.4.3.3 Évolution des sollicitations de la thématique p. 75	
4.4.4 Thématique « Assurances et emprunts » p. 76	
4.4.4.1 Évolution du nombre de sollicitations... p. 76	
4.4.4.2 Répartition des appels de la thématique p. 76	
4.4.4.3 Répartition des sollicitations par type d'assurances p. 76	
4.4.5 Thématique « Accès et prise en charge des soins » p. 77	
4.4.5.1 Évolution du nombre de sollicitations... p. 77	
4.4.5.2 Répartition des appels de la thématique p. 77	
4.4.6 Thématique « Handicap et perte d'autonomie » p. 77	
4.4.6.1 Évolution du nombre de sollicitations... p. 77	
4.4.6.2 Répartition des appels de la thématique p. 78	
5. Enquête flash 2018 La téléconsultation p. 78	

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

1.1 Mode de connaissance de la ligne



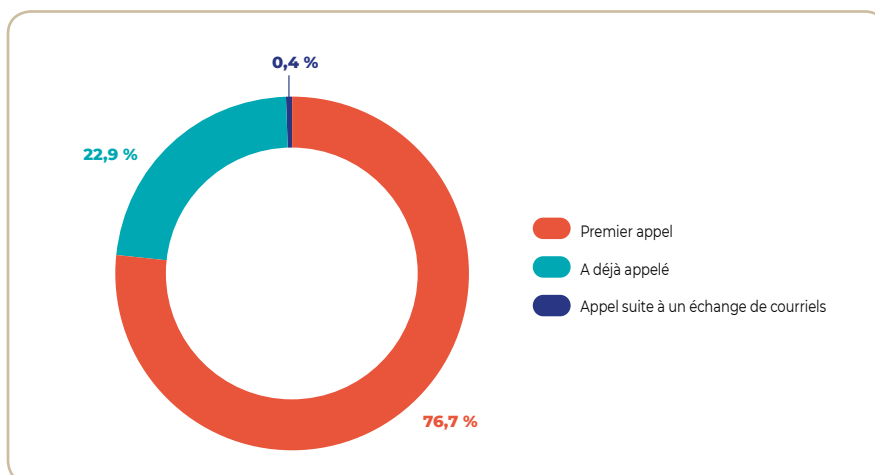
1.2 Orientations associatives vers Santé Info Droits

UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades psychiques)	20,7%
Divers (67 associations)	7,7%
France Assos Santé en région	5,9%
Ligue nationale contre le cancer et Aidea	5,3%
Sida info Service	5,3%
Fibromyalgie SOS	3,7%
France Parkinson	3,5%
Alliance Maladies Rares et Maladies rares info service	3,3%
France Victimes (OBVICTIMES)	3,2%
Aides	2,9%
Argos 2001	2,6%
ARSEP (Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques)	2,3%
AFA (Association François Aupetit)	2,0%
Fibromyalgie France	2,0%
Cancer Info	1,8%
France Assos Santé Siège	1,8%
AFM Téléthon (Association française contre les myopathies)	1,7%
FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie)	1,4%
Sos Hépatites	1,3%
Epilepsie France	1,1%
UFC-Que choisir	1,0%
APF France Handicap - Ecoute Sep	0,9%
AFSMA (Association française des syndromes de Marfan et apparentés)	0,8%
AFGS (Association française du Gougerot Sjögren et des syndromes secs)	0,7%
AFS (Association France spondylarthrites)	0,7%
ANAPMCAP (Association nationale des malades du cancer de la prostate)	0,7%
FFD (Fédération française des diabétiques)	0,7%
AFH (Association française des hémophiles)	0,6%

1.2 Orientations associatives vers Santé Info Droits (suite)

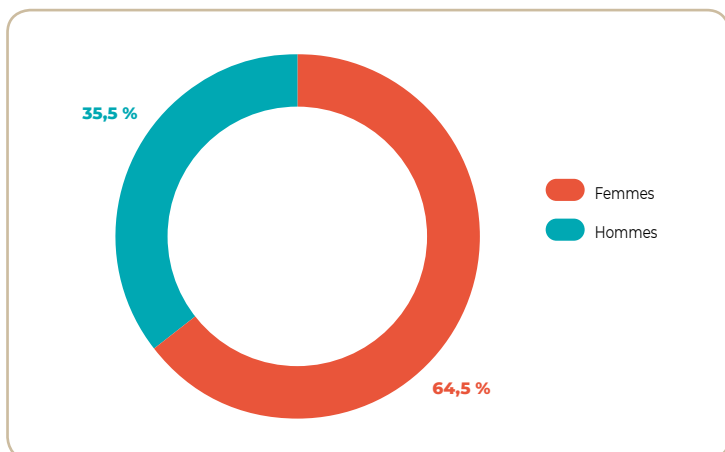
La Fédération 3977 contre la maltraitance (personnes âgées et handicapées)	0,6%
Association Vivre sans Thyroïde	0,5%
AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux)	0,5%
France Alzheimer	0,5%
Rétina France	0,5%
UNAF - URAF - UDAF (Union nationale, régionale et départementale des associations familiales)	0,5%
AFTOC (Association française des personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs)	0,3%
Schizo oui	0,3%
AMADYS (Association des malades atteints de dystonie)	0,3%
AMRO (Association maladie du Rendu-Osler)	0,3%
ASFC (Association française du syndrome de fatigue chronique)	0,3%
FNATH (Association des accidentés de la vie)	0,3%
UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques)	0,3%
AIR (Association des insuffisants respiratoires Bretagne)	0,2%
ANDAR (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde)	0,2%
France Rein	0,2%
Lupus France	0,2%
Sidaction	0,2%
SOS Homophobie	0,2%
AFPric (Association française des polyarthritiques)	0,1%
Autisme France	0,1%
CLCV (Consommation logement cadre de vie)	0,1%
COMEDE	0,1%
FFAAIR (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires)	0,1%
France Acouphènes	0,1%
Le LIEN	0,1%
Ligue française contre la sclérose en plaques	0,1%
Renaloo	0,1%
Non identifié	6.8%

1.3 Proportion de primo-appelants

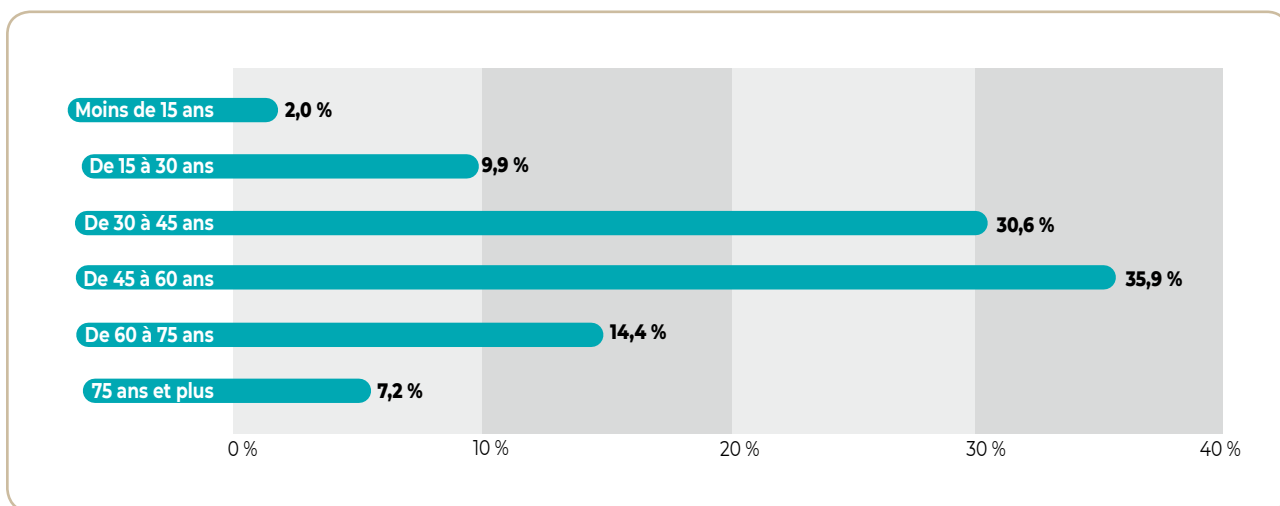


2. Données relatives au profil des usagers de Santé Info Droits et des personnes concernées par les sollicitations

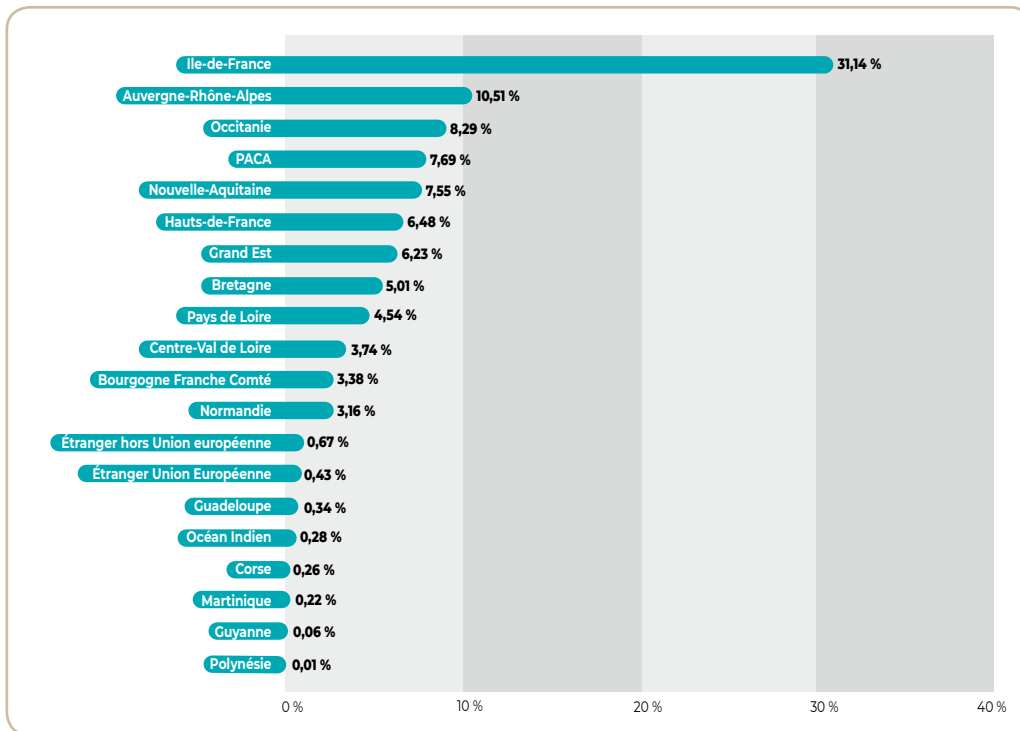
2.1 Sexe des personnes concernées par les sollicitations



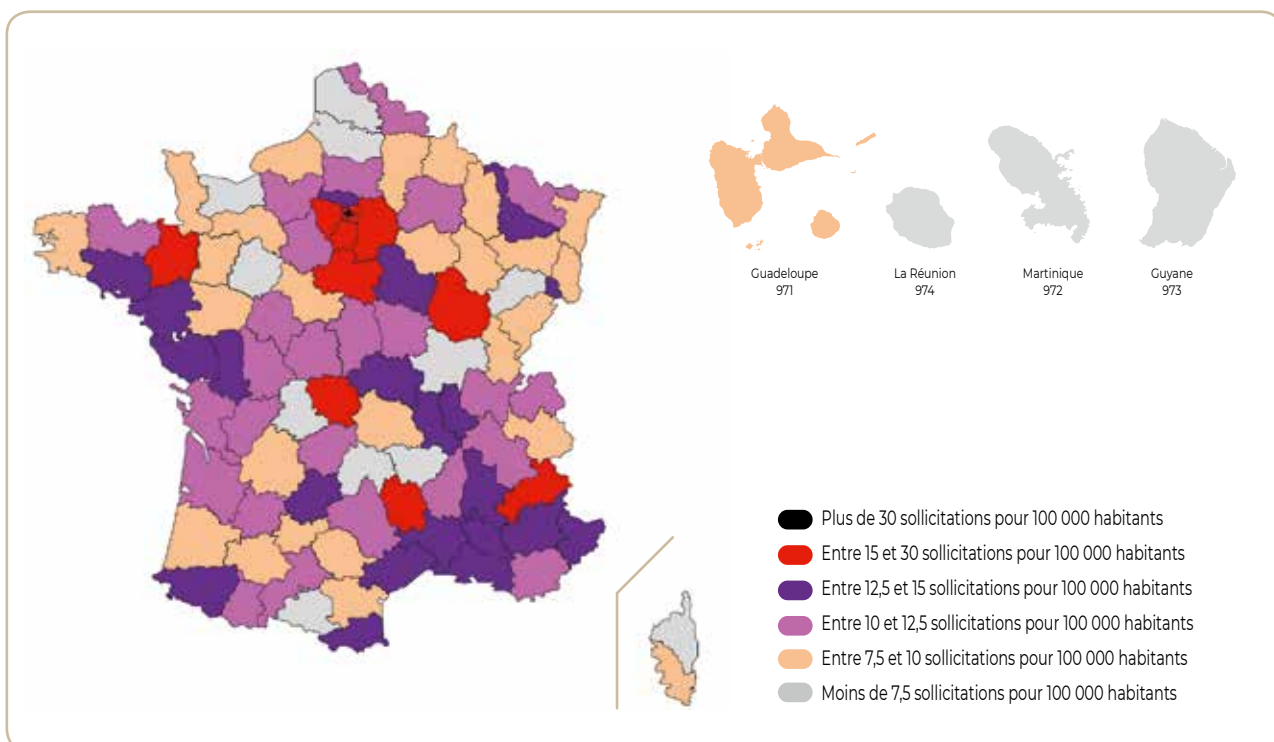
2.2 Âge des personnes concernées par les sollicitations



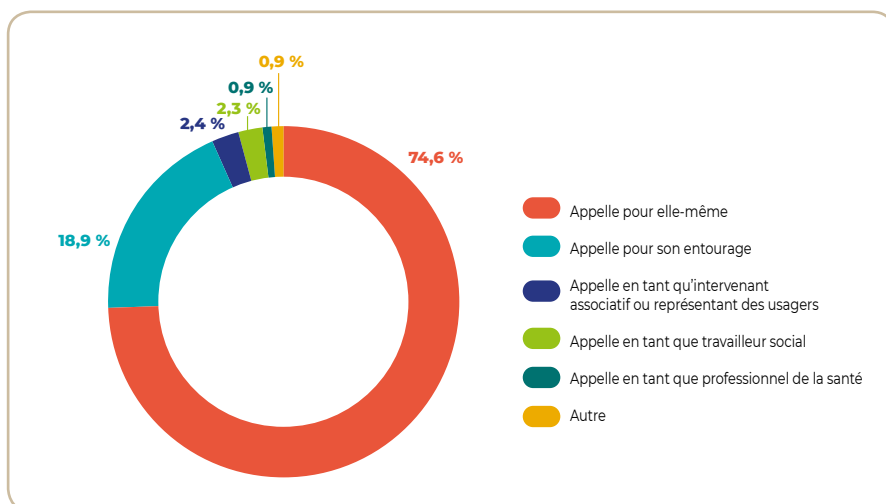
2.3 Régions des appelants



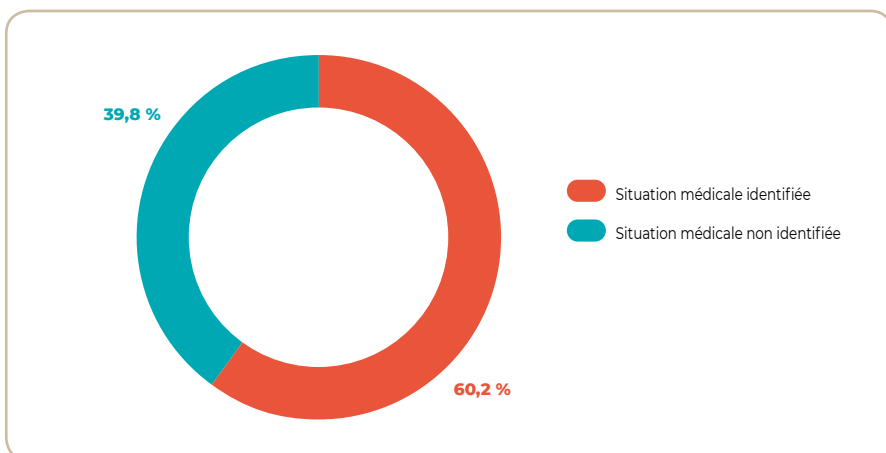
2.4 Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département)



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



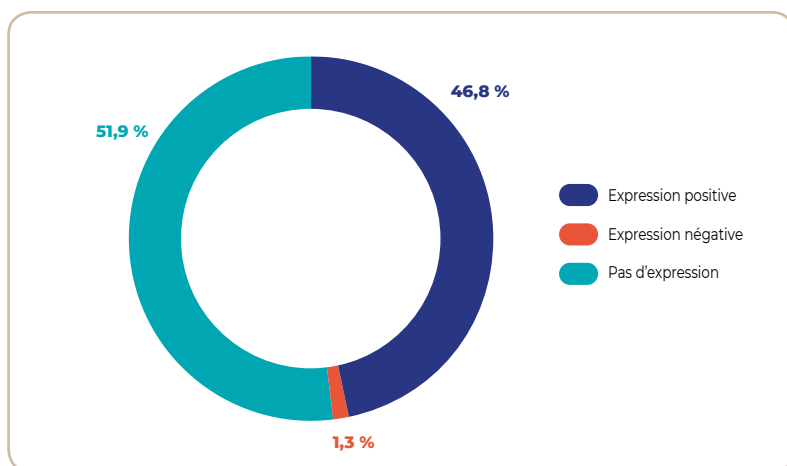
2.7 Répartition des appels par pathologie ou situation quand la situation médicale est identifiée

Cancer/Tumeur	12,57%
Troubles mentaux ou du comportement (autres que ceux identifiés par ailleurs)	11,86%
Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	7,97%
Dentaire	5,66%
Fibromyalgie	4,78%
Dépression	4,60%
Maladie cardio-pulmonaire	3,72%
Maladie rare	3,36%
Age et dépendance	2,83%
V.I.H.	2,83%
Déficiência visuelle et cécité	2,48%
Grossesse et accouchement	2,48%
Handicap fonctionnel	2,30%
Sclérose en plaques	2,30%
Décès cause non identifiée	2,12%
Troubles bipolaires	2,12%
Accident conséquence non identifiée	1,95%
Schizophrénie	1,95%
Accident vasculaire cérébral	1,77%
Maladie de Parkinson	1,77%
Diabète	1,59%
Infection nosocomiale	1,59%
Burn-out	1,42%
Maladie de l'appareil digestif (autre que celles identifiées par ailleurs)	1,42%
Maladie de l'appareil génito-urinaire	1,24%
Insuffisance rénale	1,06%
Maladie du système nerveux (autre que celles identifiées par ailleurs)	1,06%
Alzheimer	0,89%
Déficiência auditive et surdité	0,89%
Epilepsie	0,89%
Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (hors diabète)	0,89%
Addiction	0,71%

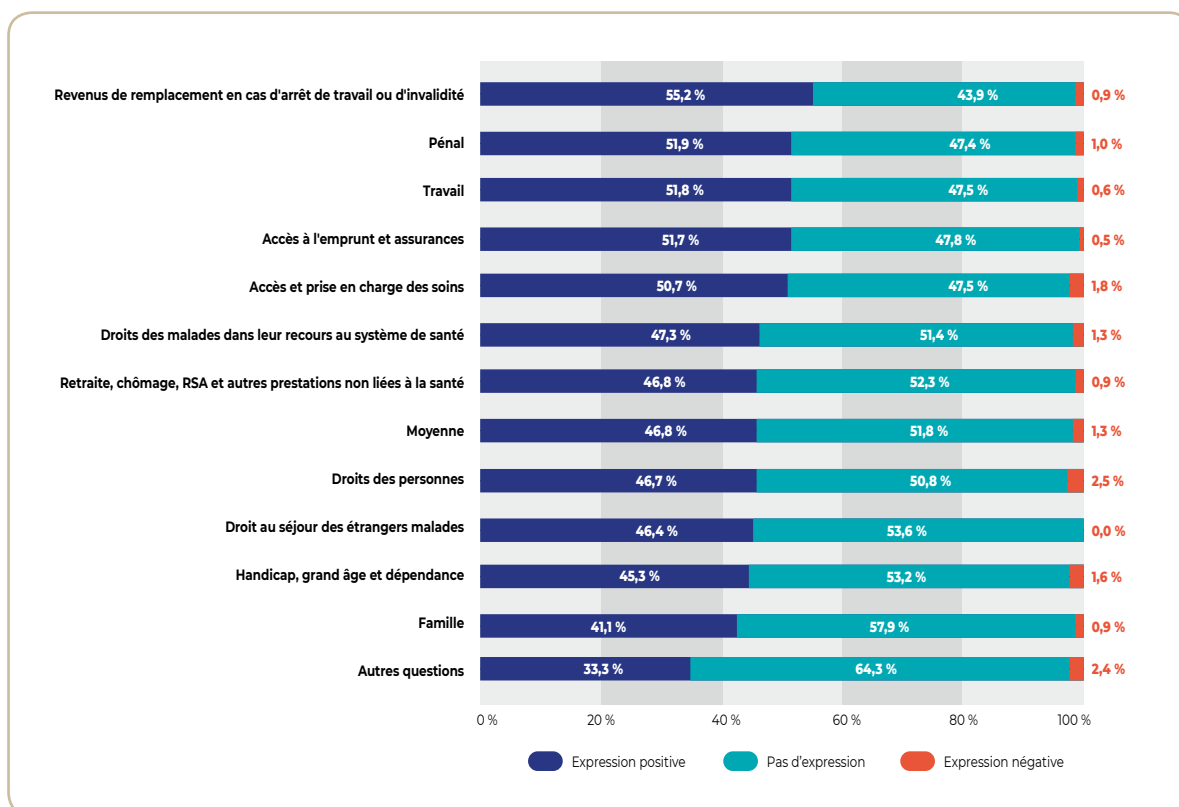
Hépatite C	0,71%
Maladie de Crohn	0,71%
Maladie du système respiratoire (autre que celles identifiées par ailleurs)	0,71%
Spondylarthrite	0,71%
Troubles musculo-squelettiques	0,71%
Autisme	0,53%
Chirurgie esthétique d'agrément	0,53%
Maladie de peau	0,53%
Maladie des artères, veines	0,53%
Obésité	0,53%
Apnée du sommeil	0,35%
Chirurgie esthétique réparatrice	0,35%
Hépatite B	0,35%
Lupus	0,35%
Maladie auto-immune (autre que celles identifiées par ailleurs)	0,35%
Maladie du sang (autre que l'hémophilie ou le cancer)	0,35%
Polyarthrite rhumatoïde	0,35%
Rhumatismes articulaires aigus	0,35%
Affection iatrogène	0,18%
Allergie	0,18%
Arthrose	0,18%
Grefe	0,18%
Hémophilie	0,18%
Hépatite A	0,18%
Hypertension	0,18%
Mucoviscidose	0,18%
Myopathie	0,18%
Poliomyélite	0,18%
TOC (Troubles obsessionnels compulsifs)	0,18%
Traumatisme crânien	0,18%
Trouble DYS (Dyslexie, dysphasie, dyspraxie...)	0,18%
Génétique (prédispositions)	0,18%
Agression aux conséquences non identifiées	0,18%
Trisomie	0,16%

3. Expressions des appelants quant à Santé Info Droits

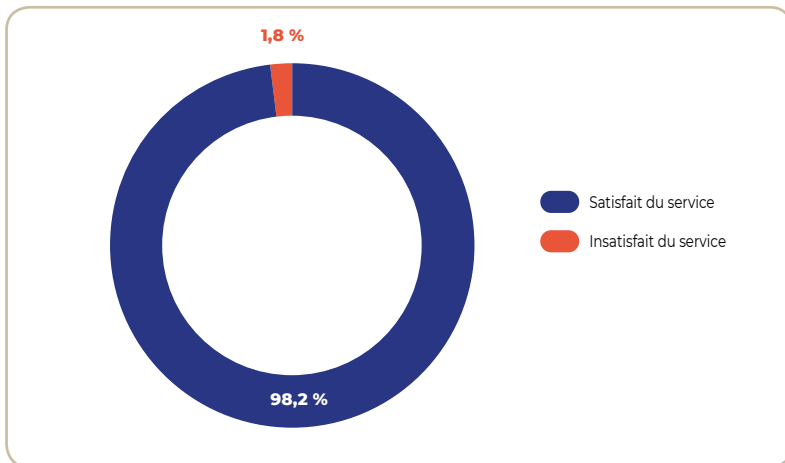
3.1 Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques



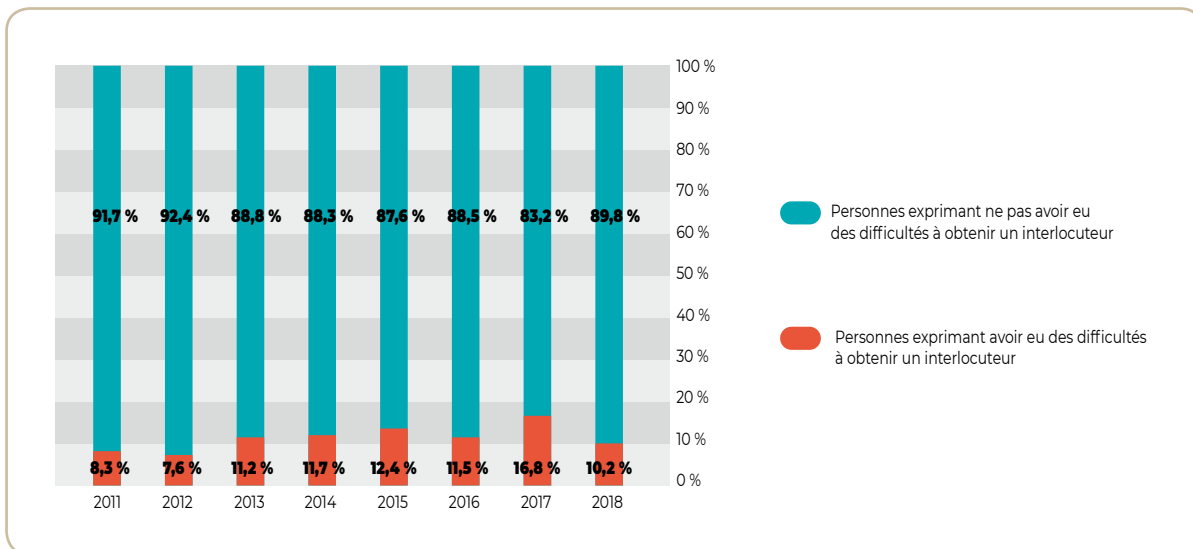
3.2 Expression spontanée en fonction des thématiques



3.3 Résultats de l'enquête de satisfaction du 26 au 30 novembre 2018

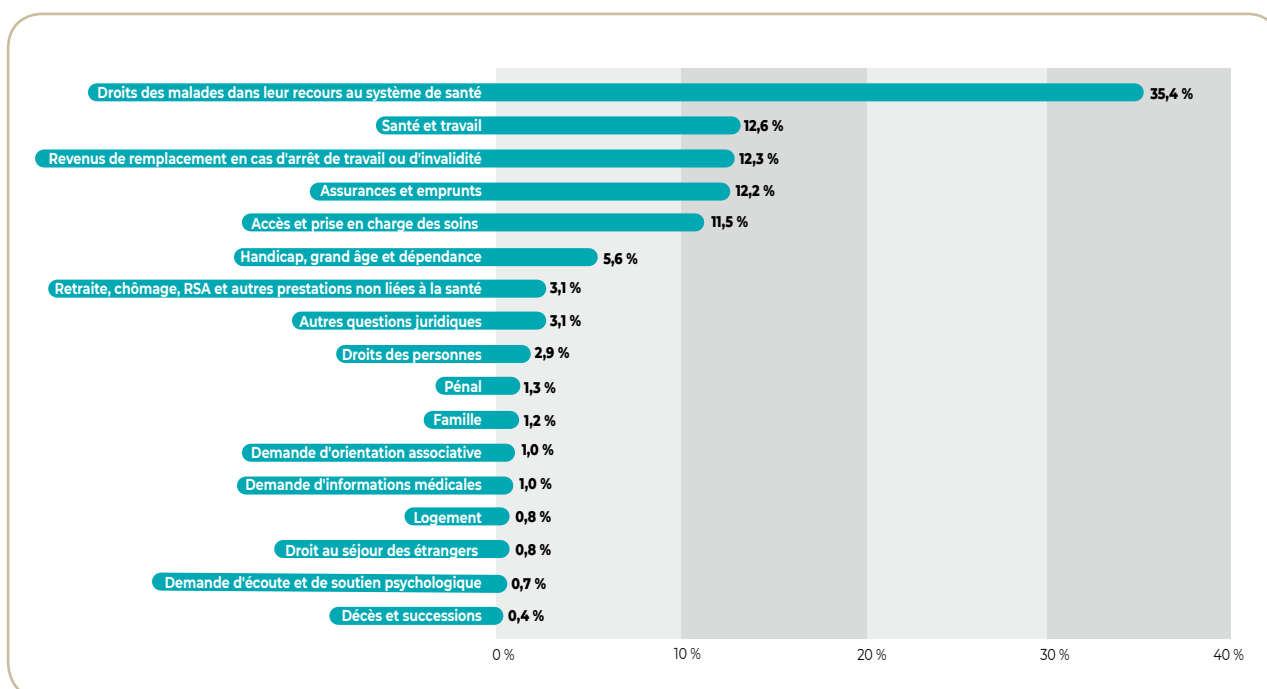


3.4 Accessibilité de la ligne



4. Thématiques des appels

4.1 Répartition des appels par thématique



4.2 Évolution des thématiques entre 2017 et 2018

Droit au séjour des étrangers malades	+ 42,3%
Famille	+ 26,1%
Droits des personnes	+ 9,2%
Logement	+ 9,0%
Handicap, grand âge et dépendance	+ 7,2%
Accès et prise en charge des soins	+ 0,5%
Pénal	-2,2%
Droits des malades dans leur recours au système de santé	-3,0%
Ensemble des sollicitations	-4,8%
Santé et travail	-8,6%
Assurances et emprunts	-12,3%
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	-12,7%
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	-24,4%

4.3 Répartition des thématiques selon les pathologies

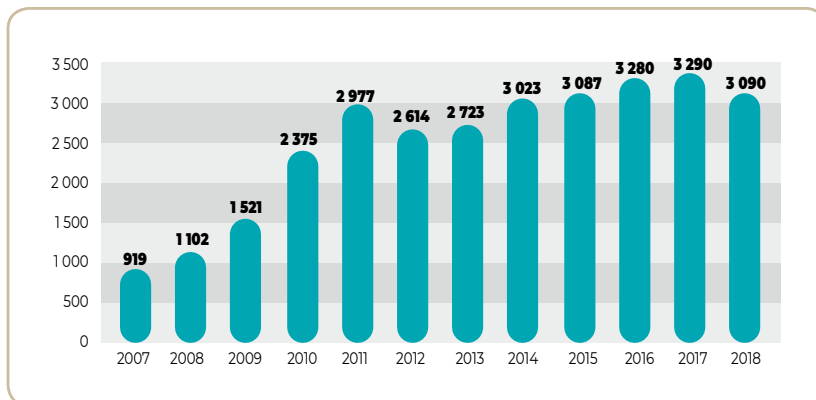
	DROITS DES USAGERS DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ	TRAVAIL	REVENUS DE REPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ)
ENSEMBLE DES APPELS	35,4%	12,6%	12,3%
Addiction	63,9%	5,6%	0,0%
Affection iatrogène	83,3%	0,0%	0,0%
Age et dépendance	49,3%	1,4%	0,0%
Alzheimer	61,7%	0,0%	2,1%
Autisme	30,4%	4,3%	0,0%
Accident vasculaire cérébral	51,1%	3,4%	2,3%
Burn-out	0,0%	55,2%	29,9%
Cancer/Tumeur	28,5%	8,4%	10,9%
Déficience auditive et surdité	35,6%	4,4%	17,8%
Déficience visuelle et cécité	41,3%	10,3%	7,1%
Dentaire	68,1%	0,4%	0,0%
Dépression	18,0%	29,6%	29,2%
Diabète	26,6%	5,1%	7,6%
Epilepsie	20,5%	15,9%	2,3%
Fibromyalgie	4,2%	25,8%	31,8%
Grefte	38,5%	0,0%	0,0%
Grossesse et accouchement	59,8%	9,4%	13,4%
Handicap fonctionnel	21,2%	10,6%	7,1%
Hémophilie	0,0%	18,2%	0,0%
Hépatite C	33,3%	16,7%	8,3%
Infection nosocomiale	96,1%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	38,2%	0,0%	9,1%
Lupus	10,0%	10,0%	15,0%
Maladie de Crohn	11,1%	22,2%	22,2%
Mucoviscidose	14,3%	0,0%	14,3%
Myopathie	22,2%	0,0%	11,1%
Obésité	28,6%	0,0%	0,0%
Maladie de Parkinson	12,2%	15,6%	21,1%
Sclérose en plaques	2,6%	18,4%	22,8%
Schizophrénie	44,1%	1,0%	1,0%
Spondylarthrite	5,9%	20,6%	20,6%
Troubles bipolaires	21,1%	11,9%	5,5%
Troubles musculo-squelettiques	18,8%	46,9%	34,4%
V.I.H.	12,9%	8,6%	4,3%
Maladie de l'appareil digestif (autre que celles identifiées par ailleurs)	60,6%	7,0%	5,6%
Maladie de l'appareil génito-urinaire	72,7%	1,5%	9,1%
Maladie des artères, des veines	45,8%	0,0%	4,2%
Maladie auto-immune	17,6%	11,8%	0,0%
Maladie cardio-pulmonaire	41,2%	6,4%	7,0%
Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (hors diabète)	46,3%	2,4%	4,9%
Maladie de peau	77,8%	0,0%	11,1%
Maladie rare	18,3%	9,5%	12,4%
Maladie du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	44,4%	5,6%	0,0%
Maladie du système nerveux (autre que celle identifiée par ailleurs)	43,9%	15,8%	15,8%
Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autre que celle identifiée par ailleurs)	38,7%	24,6%	22,1%
Maladie du système respiratoire (autre que celle identifiée par ailleurs)	47,4%	2,6%	15,8%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	59,2%	3,7%	3,9%
Décès cause non identifiée	89,4%	0,0%	0,0%

ASSURANCES ET EMPRUNTS	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
12,2%	11,5%	5,6%	3,1%	2,9%	0,8%
8,3%	2,8%	2,8%	0,0%	5,6%	0,0%
16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1,4%	10,0%	15,0%	1,4%	17,1%	0,0%
0,0%	6,4%	2,1%	0,0%	27,7%	0,0%
0,0%	39,1%	8,7%	0,0%	8,7%	4,3%
14,8%	14,8%	6,8%	2,3%	6,8%	1,1%
14,9%	0,0%	0,0%	9,0%	0,0%	0,0%
32,5%	14,0%	1,9%	1,7%	0,8%	1,9%
4,4%	13,3%	15,6%	0,0%	0,0%	0,0%
6,3%	22,2%	4,8%	0,8%	0,8%	0,0%
1,4%	30,9%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%
11,6%	7,3%	4,3%	3,4%	2,1%	0,0%
20,3%	22,8%	3,8%	0,0%	8,9%	2,5%
11,4%	11,4%	9,1%	0,0%	6,8%	2,3%
9,3%	12,3%	25,0%	3,4%	0,4%	0,4%
46,2%	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%
2,4%	9,4%	0,0%	3,1%	0,0%	0,8%
8,0%	9,7%	36,3%	6,2%	6,2%	1,8%
45,5%	27,3%	9,1%	18,2%	0,0%	9,1%
27,8%	13,9%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
21,8%	20,0%	7,3%	1,8%	0,0%	1,8%
65,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16,7%	8,3%	13,9%	5,6%	0,0%	2,8%
28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%
22,2%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%
28,6%	25,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
8,9%	7,8%	26,7%	8,9%	6,7%	0,0%
38,6%	6,1%	8,8%	1,8%	3,5%	0,0%
2,9%	7,8%	3,9%	1,0%	17,6%	2,9%
38,2%	5,9%	8,8%	2,9%	0,0%	0,0%
5,5%	0,0%	6,4%	2,8%	22,0%	0,0%
0,0%	9,4%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
35,3%	12,9%	7,2%	1,4%	1,4%	10,1%
7,0%	8,5%	4,2%	2,8%	2,8%	0,0%
3,0%	12,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
33,3%	12,5%	4,2%	0,0%	4,2%	0,0%
70,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
23,5%	14,4%	3,7%	3,2%	2,1%	0,5%
22,0%	4,9%	0,0%	2,4%	0,0%	4,9%
7,4%	3,7%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
29,0%	18,9%	9,5%	2,4%	1,2%	3,0%
22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
14,0%	10,5%	8,8%	0,0%	8,8%	0,0%
7,3%	11,8%	3,8%	1,3%	0,8%	0,0%
7,9%	7,9%	7,9%	2,6%	0,0%	0,0%
2,5%	4,5%	5,2%	0,8%	9,1%	0,3%
2,9%	0,0%	1,9%	1,9%	0,0%	0,0%

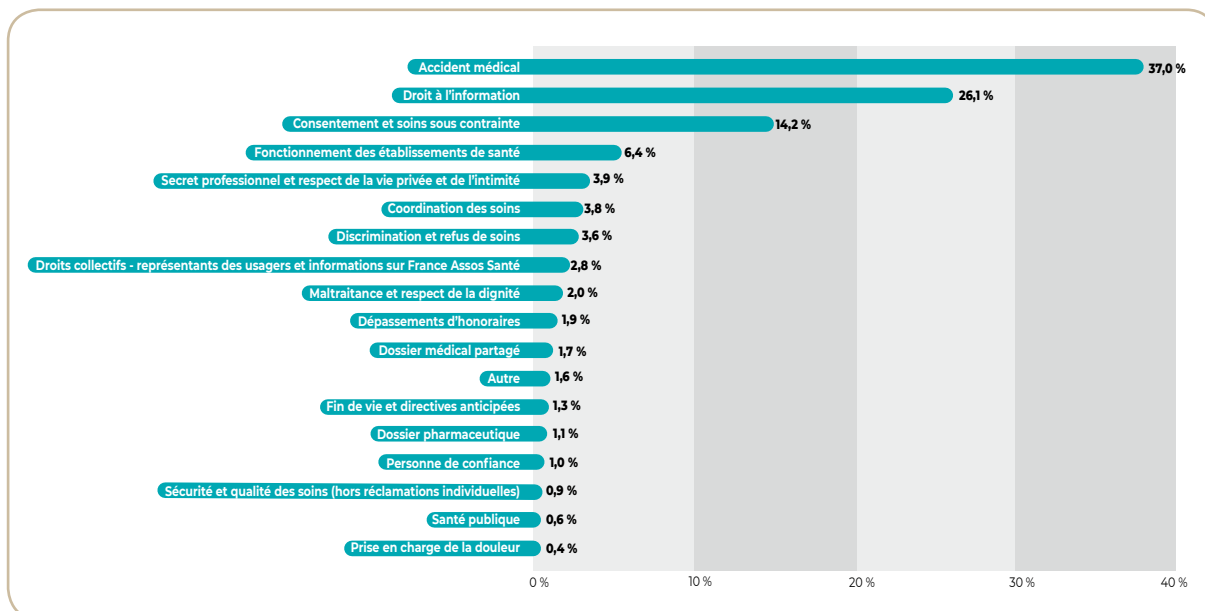
4.4 Données détaillées par thématique

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

4.4.1.1 Évolution du nombre de sollicitations



4.4.1.2 Répartition des sollicitations de la thématique

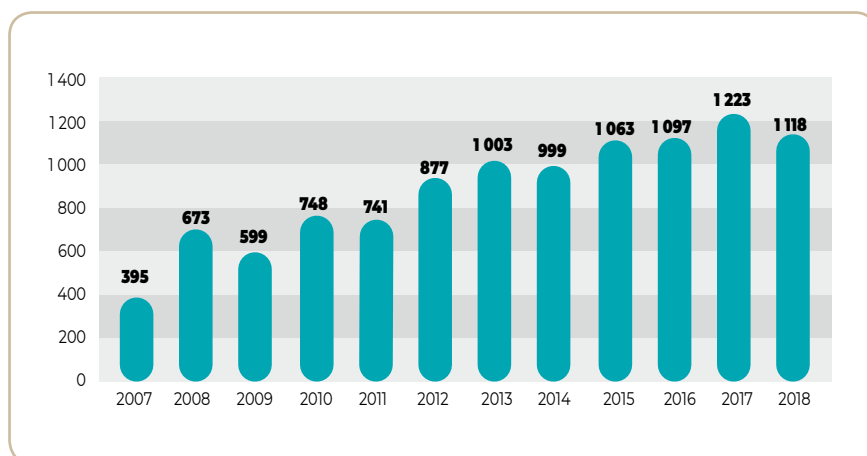


4.4.1.3 Évolution des sollicitations de la thématique

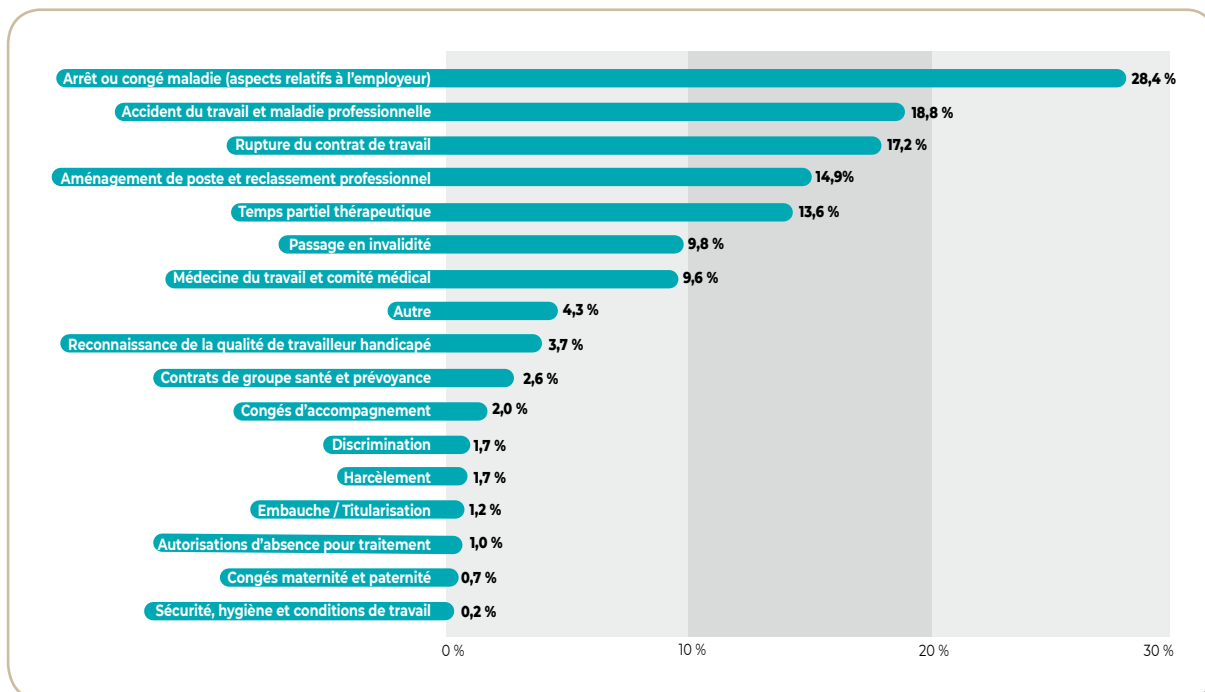
Dossier médical partagé	292,0 %
Sécurité et qualité des soins (hors réclamations individuelles)	58,8 %
Coordination des soins	36,0 %
Consentement et liberté de choix	33,5 %
Maltraitance et respect de la dignité	27,1 %
Discrimination et refus de soins	24,7 %
Secret professionnel et respect de la vie privée et de l'intimité	22,7 %
Dépassements d'honoraires	20,8 %
Prise en charge de la douleur	20,0 %
Fonctionnement des établissements de santé	13,3 %
Fin de vie et directives anticipées	2,6 %
Accident médical	-0,8 %
Autre	-9,4 %
Personne de confiance	-13,5 %
Droit à l'information	-13,7 %
Santé publique	-20,8 %
Représentation des usagers et informations sur France Assos Santé	-22,3 %
Dossier pharmaceutique	-48,5%

4.4.2 Thématique « Santé et travail »

4.4.2.1 Évolution du nombre de sollicitations



4.4.2.2 Répartition des appels de la thématique

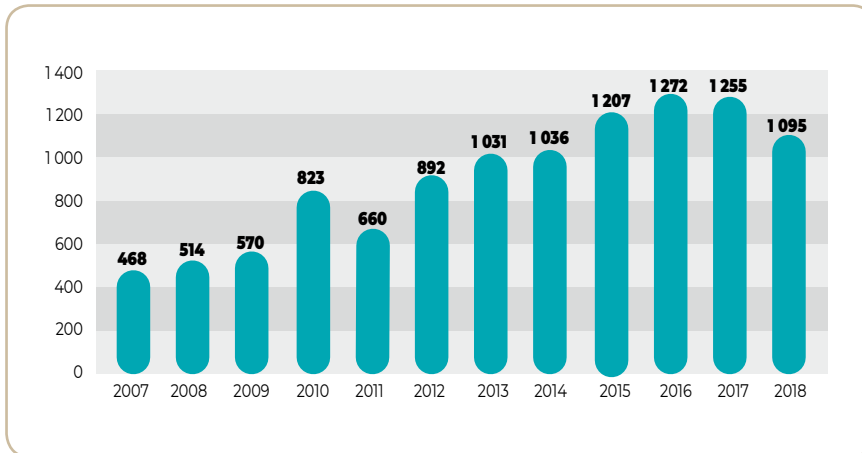


4.4.2.3 Évolution des sollicitations de la thématique

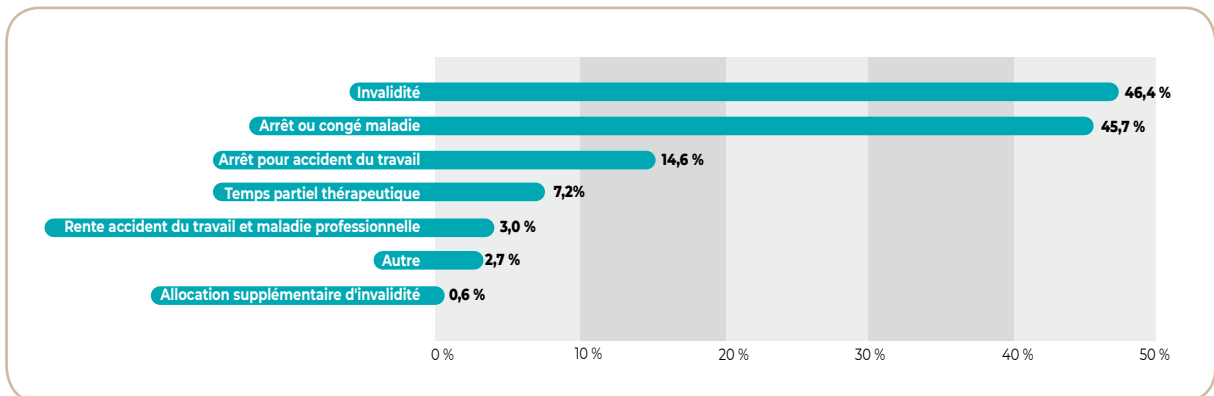
Embauche et titularisation	75,0 %
Médecine du travail et comité médical	50,0 %
Aménagement de poste et reclassement professionnel	36,9 %
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	10,5 %
Accident du travail/maladie professionnelle	0,0 %
Arrêt maladie	-1,8 %
Congé d'accompagnement	-4,2 %
Rupture du contrat de travail	-9,8 %
Autorisation d'absence pour traitement	-15,4 %
Harcèlement	-24,0 %
Discrimination	-29,6 %
Contrat de groupe santé et prévoyance	-30,9 %
Temps partiel thérapeutique	-41,4 %

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

4.4.3.1 Évolution du nombre de sollicitations



4.4.3.2 Répartition des sollicitations de la thématique

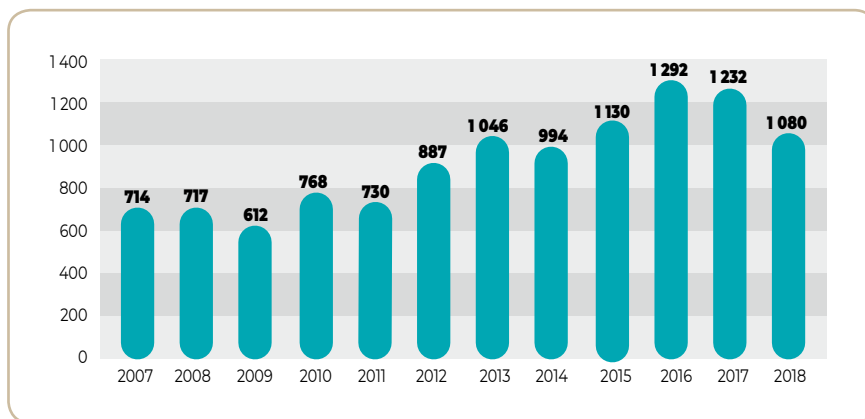


4.4.3.3 Évolution des sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement »

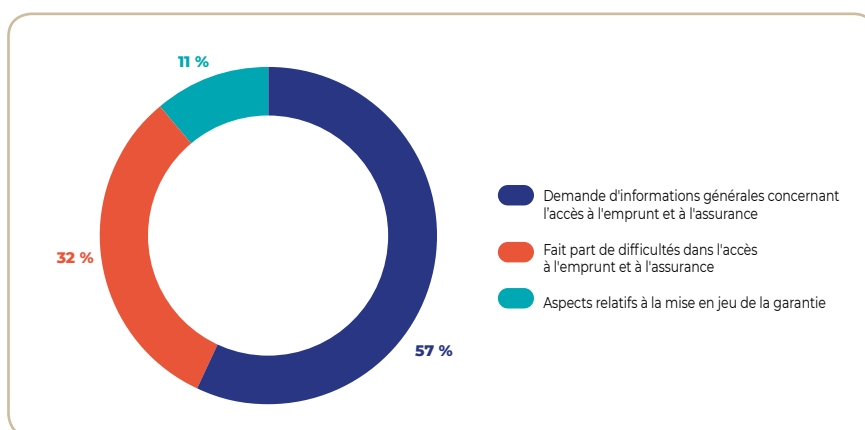
Arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle	4,6%
Arrêt ou congé maladie	-10,4%
Rente accident du travail ou maladie professionnelle	-10,8%
Invalidité	-13,6%
Temps partiel thérapeutique	-36,8%

4.4.4 Thématique « Assurances et emprunts »

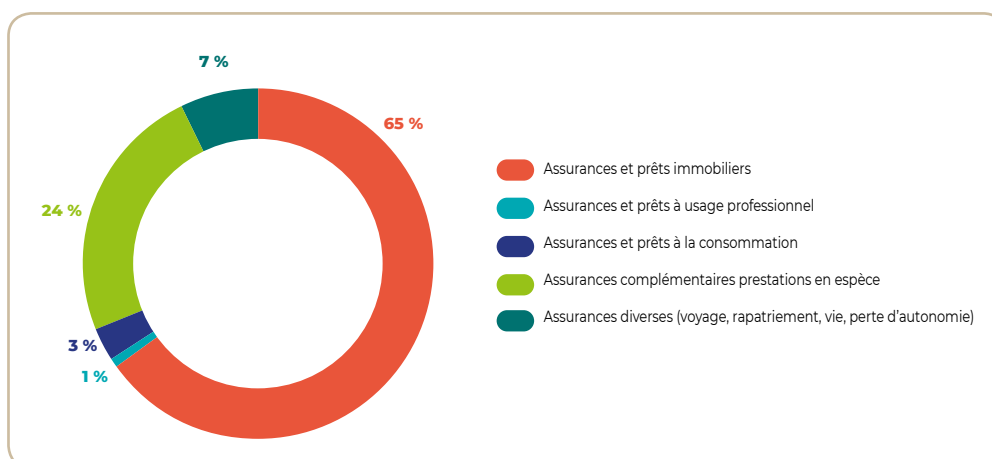
4.4.4.1 Évolution du nombre de sollicitations



4.4.4.2 Répartition des sollicitations de la thématique

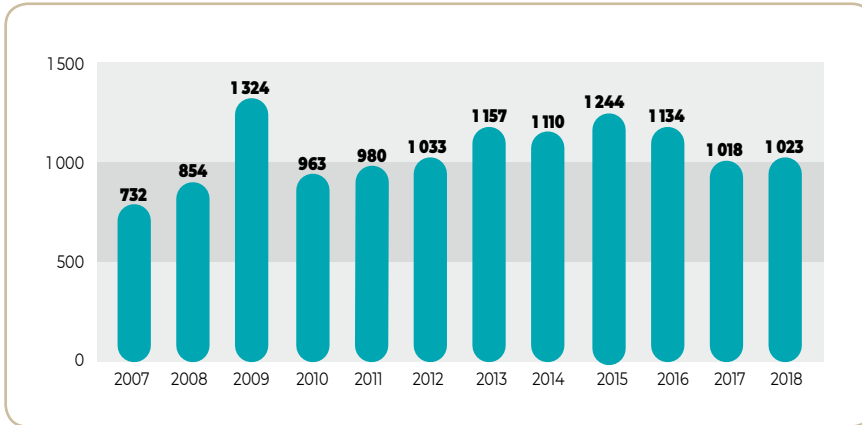


4.4.4.3 Répartition des sollicitations par type d'assurances

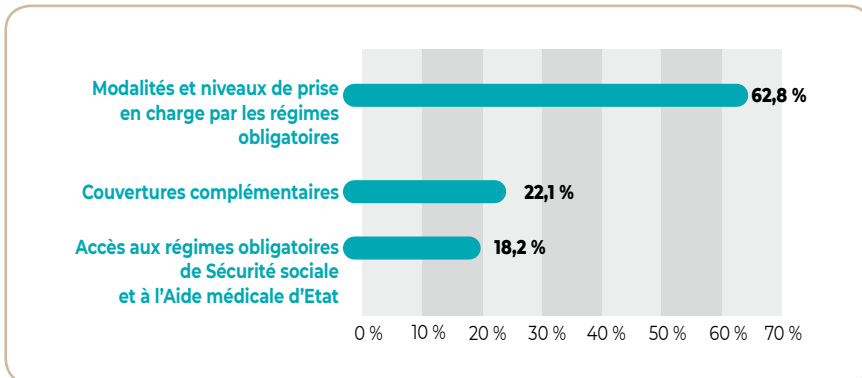


4.4.5 Thématique « Accès et prise en charge des soins »

4.4.5.1 Évolution du nombre de sollicitations

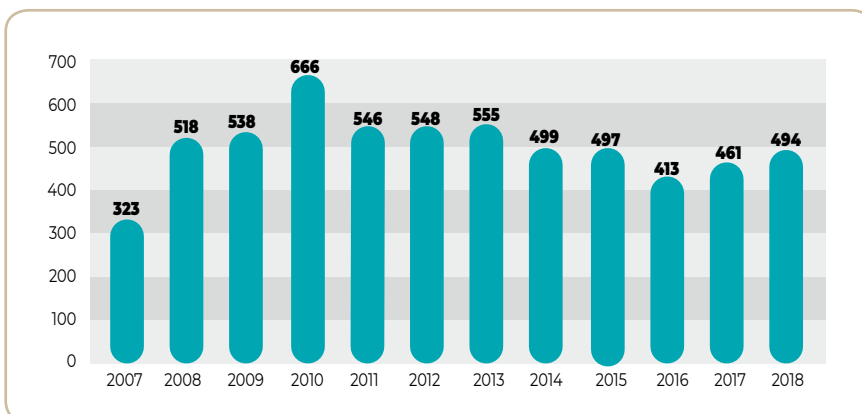


4.4.5.2 Répartition des sollicitations de la thématique

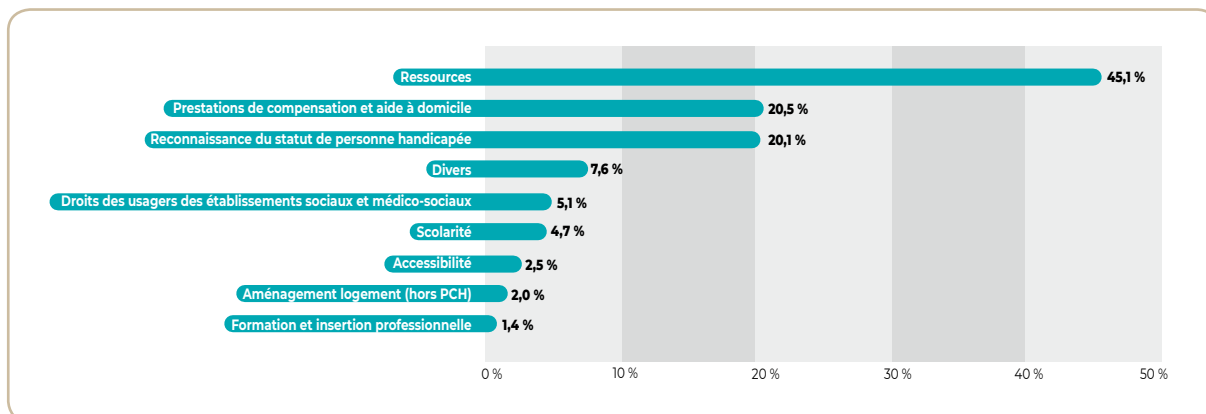


4.4.6 Thématique « Handicap et perte d'autonomie »

4.4.6.1 Évolution du nombre de sollicitations



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



5. Enquête flash 2018 • La téléconsultation

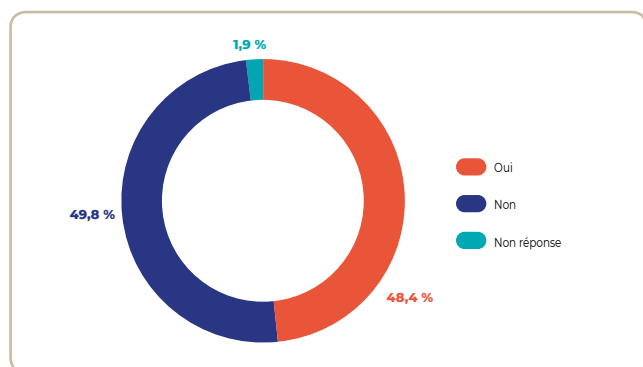
Comme chaque année, Santé Info Droits, la ligne d'informations juridiques et sociales de France Assos Santé, a mené du 8 au 26 octobre 2018 une enquête auprès de 213 de ses appelants. Elle a porté cette année sur la thématique de la téléconsultation qui, bien qu'elle préexistait, venait, depuis le 15 septembre 2018, d'entrer dans le champ des actes de soins remboursés par l'Assurance maladie.

Pour notre association, l'objectif était de mesurer l'écho qu'avait reçu ce « nouveau » dispositif et l'impact qu'il pouvait avoir sur les pratiques des assurés sociaux interrogés et sur leur vision de l'exercice médical dans ce cadre.

On remarquera une part importante de personnes en ALD dans les répondants aux questionnaires, ce qui est logique au regard du public de Santé Info Droits qui est principalement, par définition au regard de son champ d'intervention, constitué de personnes malades ou en situation de handicap.

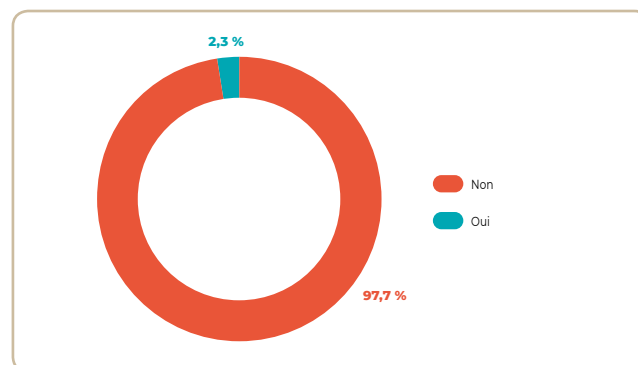
Au regard des différents résultats de l'enquête, il s'avère que la connaissance et la perception de la téléconsultation ne sont pas différentes en raison d'une reconnaissance en ALD ou non, à l'exception des raisons pour lesquelles les personnes seraient favorables à l'utilisation d'une téléconsultation (cf. point 6).

ETES-VOUS RECONNU EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE ?



Il est apparu pertinent d'évaluer si la connaissance et la perception de la téléconsultation s'envisageait de la même manière pour les personnes reconnues en affection de longue durée et pour les autres assurés sociaux.

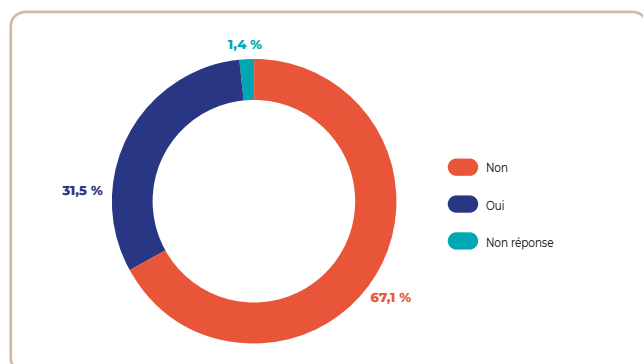
AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ UN MÉDECIN À DISTANCE DANS LE CADRE D'UNE TÉLÉCONSULTATION ?



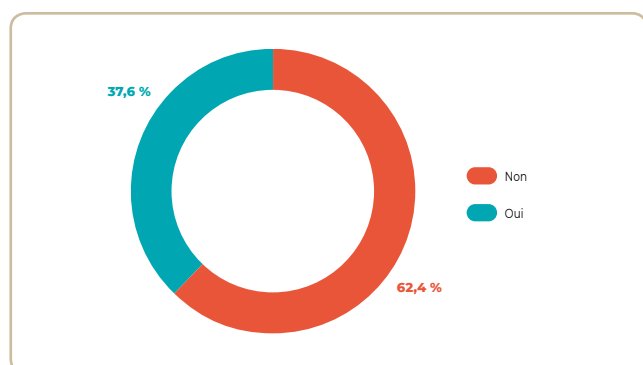
Personne ne sera véritablement surpris de cette statistique étant donné la jeunesse du dispositif.

En revanche, les chiffres remontent lorsqu'il s'agit d'évaluer le niveau d'information des assurés sur son existence ou la prise en charge par l'Assurance maladie, même si ceux-ci restent modestes et montrent le chemin restant à parcourir en termes d'information du public :

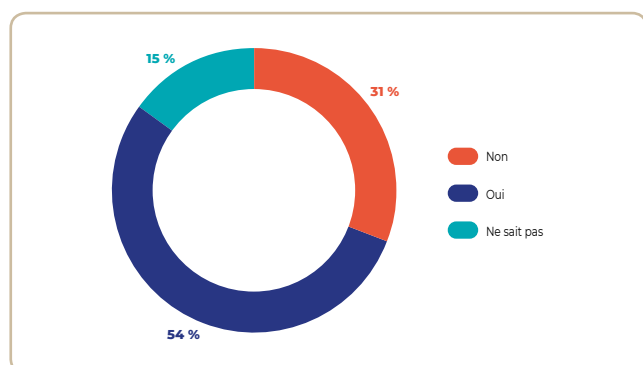
SI VOUS N'AVEZ JAMAIS CONSULTÉ UN MÉDECIN À DISTANCE, SAVEZ-VOUS QUE VOTRE MÉDECIN PEUT VOUS PROPOSER UNE TÉLÉCONSULTATION ?



SAVEZ-VOUS QUE CETTE TÉLÉCONSULTATION PEUT ÊTRE, DEPUIS LE 15 SEPTEMBRE DERNIER, PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE ?

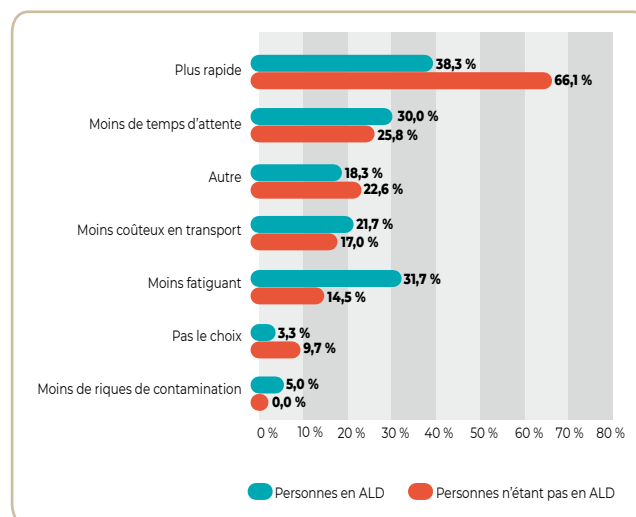


SI ON VOUS LE PROPOSAIT, ACCEPTERIEZ-VOUS D'UTILISER OU DE RÉUTILISER CE DISPOSITIF ?



Plus d'un patient sur 2 voudrait bien l'utiliser (une moindre proportion chez les + de 60 ans, mais on reste autour de 50 %), cela démontre une certaine **ouverture d'esprit** sur ce sujet méconnu.

SI OUI, POUR QUELLES RAISONS ?

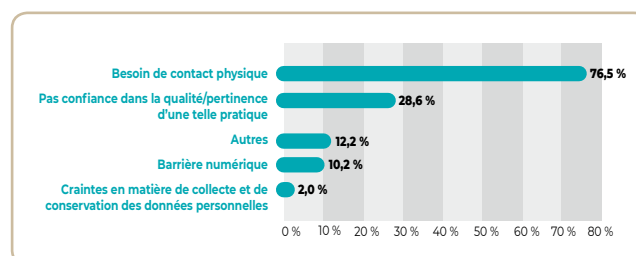


On note ici une forte proportion de personnes qui espèrent accéder plus rapidement à un médecin et utiliser moins de temps disponible.

C'est la seule question de l'enquête pour laquelle les personnes reconnues en ALD ont un point de vue différent.

En effet, elles sont plus préoccupées par la fatigue que pourrait leur économiser la consultation à distance, en restant à leur domicile ou en se déplaçant dans un lieu de soins à proximité. C'est surtout le cas lorsqu'il faut se rendre chez un spécialiste de sa pathologie exerçant, le plus souvent, au sein des établissements de santé situés dans les grandes villes.

SI NON, POUR QUELLES RAISONS ?



Parmi les freins à la téléconsultation, le besoin de contact physique vient largement en premier dans la liste. De ce point de vue-là, certains usagers pourraient être rassurés par ce qui est prévu par l'avenant 6 de la Convention médicale en matière d'alternance des consultations en présentiel et en ligne.

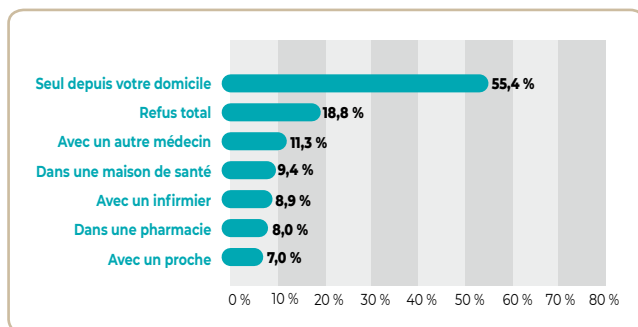
VIII. ANNEXES

Arrive ensuite au deuxième rang des préoccupations, l'absence de confiance dans la qualité ou de pertinence de la pratique.

Ces résultats doivent quand même être mis en perspective avec l'ignorance que la plupart des personnes interrogées avaient du dispositif au moment de l'enquête. Par exemple, la plupart ne savaient pas que la téléconsultation n'était possible qu'après une première consultation ou ignoraient qu'elle pouvait aller de pair avec des objets connectés permettant de prendre la tension, par exemple.

Ces éléments sont de nature à modifier la perception du dispositif par les bénéficiaires. Les usagers ont néanmoins des raisons d'être inquiets. En effet, la téléconsultation a été généralisée sans qu'aucun professionnel n'ait été formé à la pratique clinique de la télémédecine. C'est prévu dans le cadre de la formation continue mais le temps va être long avant que tous les médecins soient pertinemment formés.

SI ON VOUS PROPOSAIT UNE TÉLÉCONSULTATION, DANS QUEL CADRE ACCEPTERIEZ-VOUS QU'ELLE SE DÉROULE ?

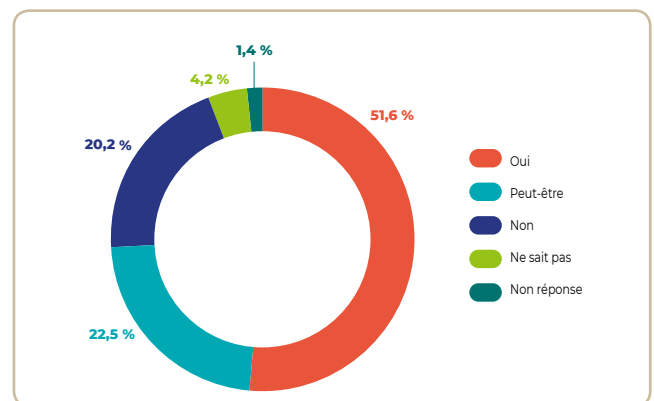


Une majorité de personnes interrogées favorise la téléconsultation à domicile.

Ce chiffre est certainement à mettre en lien avec les motivations à accepter la téléconsultation, c'est-à-dire une volonté de préserver le temps et la fatigue.

Il est également envisageable que les usagers souhaitent préserver une relation bilatérale avec leur médecin, sans intermédiaire, même professionnel de santé, et avec la garantie du respect du secret sur leurs informations médicales personnelles.

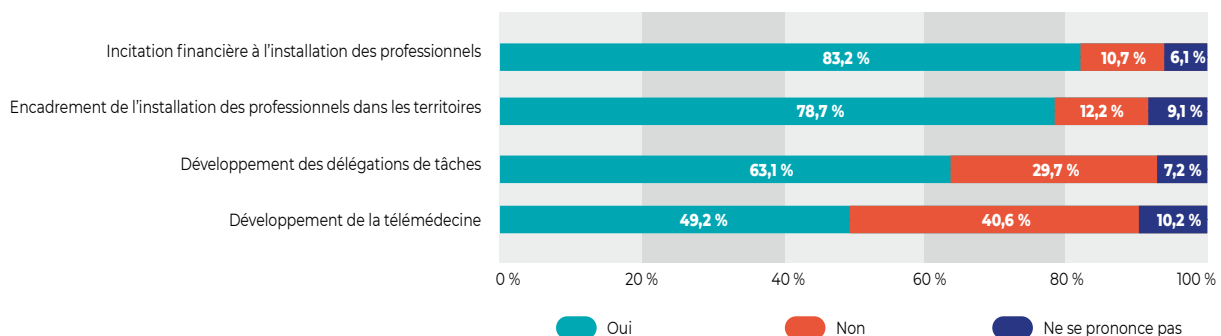
PENSEZ-VOUS QUE LA TÉLÉCONSULTATION SOIT SUSCEPTIBLE DE RÉSOUDRE LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS QUE RENCONTRENT LES USAGERS DE NOMBREUX TERRITOIRES ?



Pour les usagers de Santé Info Droits, la téléconsultation peut constituer une réponse aux enjeux de démographie médicale.

Déjà en 2016, lors de notre enquête sur l'accessibilité géographique des professionnels de santé, la télémédecine était envisagée par la moitié des personnes interrogées comme une solution possible mais de manière plus réservée à l'époque.

Êtes-vous favorable aux mesures suivantes :



QUELQUES COMMENTAIRES LIBRES DES USAGERS, RETRANSCRITS BRUTS. À MÉDITER...

« C'est mieux que rien mais c'est triste.
Il aurait mieux fallu former plus de médecins
que d'imaginer ça. »

« La téléconsultation engendrerait trop d'erreurs
médicales. »

« C'est utile pour les maladies pas compliquées,
bénignes. »

« La téléconsultation peut dépanner
ponctuellement mais ne sera pas la solution
pour les déserts médicaux. »

« Ça pourrait être moins cher, la consultation,
compte tenu de la facilité pour les médecins. »

« Il faut que ce soit bien fait et pris au sérieux.
Le contact physique est primordial pour
développer la relation de confiance »

« Encore faut-il être équipé technologiquement :
ordinateur, réseau Internet, vitesse, etc. »

« Tout dépend de quel type de médecin :
psychiatre, OUI. »

« Cela éviterait l'encombrement des hôpitaux. »

« Utile pour les personnes âgées ou
immobilisées ou en cas de verglas. »



NOS REMERCIEMENTS

AUX PARTENAIRES DE SANTÉ INFO DROITS EN 2018 :



SANTÉ INFO DROITS EST MEMBRE DU COLLECTIF TESS
(TÉLÉPHONIE SOCIALE ET EN SANTÉ) :





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