



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

Observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades **2025**



**France
Assos
Santé**
La voix des usagers

Édité par :

FRANCE ASSOS SANTÉ

Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

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

É D I T O

Santé Info Droits, une information vérifiée

2025 voit le niveau des sollicitations se maintenir avec un nombre d'appels conséquents et un nombre de mails qui se stabilise à un niveau élevé. Dans un contexte où l'information juridique est souvent approximative, voire tronquée, Santé Info Droits constitue un point de repère incontestable, où chaque appelant peut trouver une réponse claire, précise et argumentée.

C'est d'autant plus précieux que de nombreux appels visent précisément à obtenir des informations permettant de vérifier l'exactitude de celles détenues par les appelants.

Cette année, le focus sera justement consacré aux idées reçues et autres fake news, bien trop nombreuses et répandues pour ne pas s'en alarmer. Des pans entiers de la société les ont totalement intégrées. Les déconstruire, en les mettant en regard des réalités et sollicitations traitées par Santé Info Droits, s'est imposé alors que le sujet de la désinformation a donné lieu en janvier dernier au lancement de la [Stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé](#).

NON, les soins ne sont pas gratuits, au contraire les restes à charge sont de plus en plus importants ; NON, les patients ne sont pas irresponsables, ils n'ont pas demandé à être malades ; NON, les étrangers malades ne sont pas mieux traités, etc.

L'année 2025 a confirmé la persistance des difficultés relatives à l'accès aux soins, aux transports sanitaires ainsi qu'aux modalités et au niveau de prise en charge par la Sécurité sociale de certaines dépenses. Elle a également vu un nombre important de questionnements autour des accidents médicaux, avec, pour corollaire, des appels faisant état d'obstacles à l'obtention du dossier médical.

La complexité de notre système, conjuguée à la multiplicité des dispositions, rend parfois malaisé la lisibilité des droits. Cette complexité est malheureusement trop souvent un frein à l'accès aux droits – les questions liées aux droits des malades restent les plus nombreuses parmi toutes les sollicitations soumises à la ligne.

A la veille de fêter les vingt ans de Santé Info Droits, informer les usagers demeure à plus d'un titre une mission qui n'a absolument rien perdu de sa pertinence. Une bonne nouvelle ?

Marc Morel,

Directeur général de France Assos Santé



Sommaire

ACTIVITÉ & THÉMATIQUES

- 6** Présentation et activité de Santé Info Droits
- 8** Au service des RU
- 11** Les thématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits

FOCUS

- 20** Stop aux idées reçues : démêlons le vrai du faux

TENDANCE

- 30** Le top 18 des sujets les plus récurrents en 2025

L'INTERVIEW

- 36** La parole à Florence Navattoni, coordinatrice adjointe de la ligne Santé Info Droits

ACTIVITÉ & THÉMATIQUES

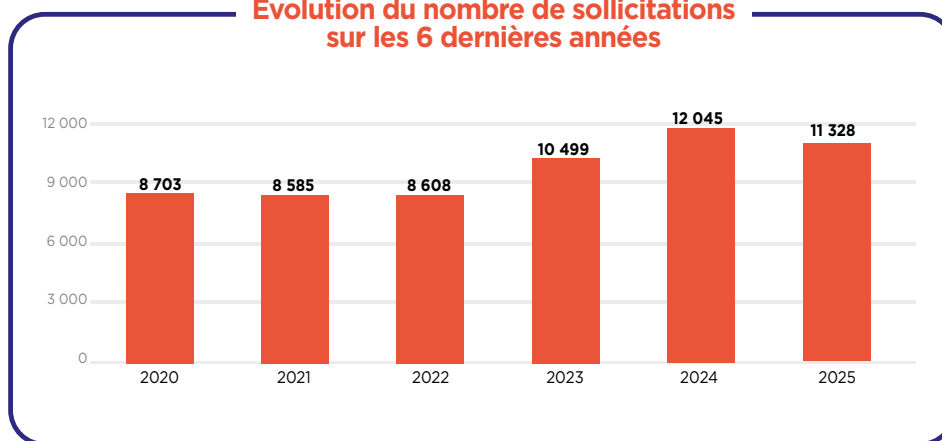
**DES EXPERTS
À VOTRE ÉCOUTE**
POUR TOUTE
QUESTION JURIDIQUE
EN LIEN AVEC
LA SANTÉ

Présentation et activité de Santé Info Droits

Santé Info Droits est un service d'information juridique et sociale, et d'orientation sur les questions liées à la santé. Il s'adresse aux

usagers du système de santé, à leurs représentants ainsi qu'aux acteurs associatifs, aux travailleurs sociaux et professionnels accompagnant les usagers.

Évolution du nombre de sollicitations sur les 6 dernières années



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

Une activité toujours soutenue

Malgré un léger recul par rapport à l'année précédente, 2025 se caractérise par un niveau d'activité particulièrement élevé. Elle constitue la deuxième année la plus intense depuis la création du service en 2006 en termes de sollicitations traitées.

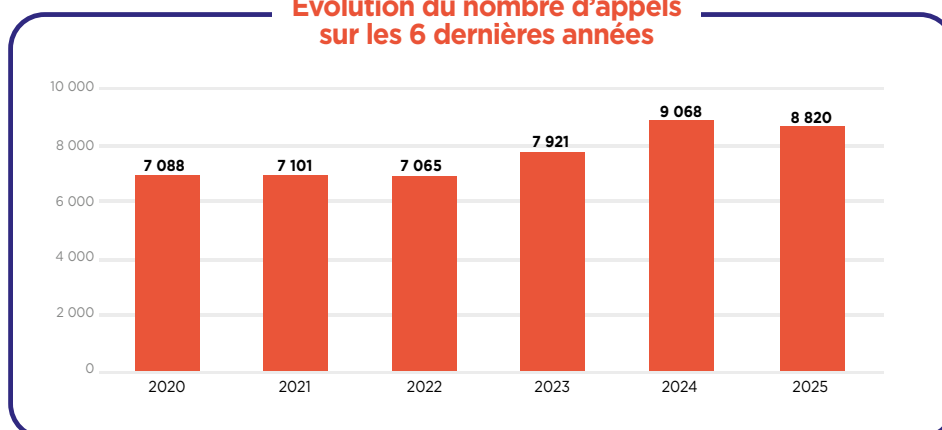
Deux modalités complémentaires de réponse

Dans une logique d'amélioration de l'information des personnes malades sur leurs droits et d'accessibilité, Santé Info Droits propose deux modalités complémentaires de contact : une ligne téléphonique et un service de réponse par courriel.

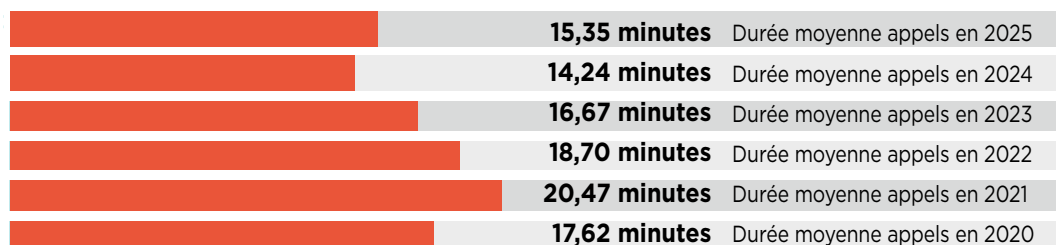
1/ Une ligne téléphonique structurante

Le service téléphonique est accessible tous les après-midis : les lundi, mercredi et vendredi, de 14h à 18h, et les mardi et jeudi, de 14h à 20h, au 01.53.62.40.30 au tarif d'une communication normale. Avec 8 820 appels traités, l'activité téléphonique enregistre un léger recul de 2,8 % par rapport à l'année précédente.

Évolution du nombre d'appels sur les 6 dernières années



Évolution de la durée moyenne d'appels

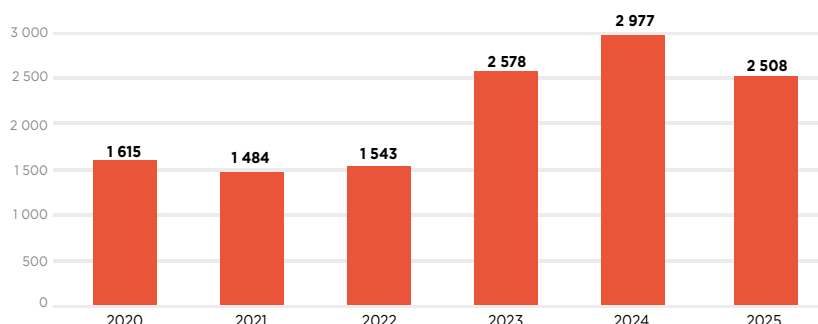


À noter que, après quatre années consécutives de baisse de la durée moyenne des appels, on enregistre un rebond d'environ 8 % en 2025, avec une moyenne de 15 mn contre 14 mn en 2024. Inversion ponctuelle ou durable ? À suivre, en tout cas.

2/ Le courriel en appoint

Complémentaire de l'activité téléphonique, ce canal se stabilise à un niveau particulièrement élevé, bien au-delà des 1 500 courriels enregistrés avant la dynamique enclenchée en 2023.

Évolution du nombre de courriels sur les 6 dernières années



Ce niveau élevé s'explique en particulier par la visibilité accrue de nos coordonnées, relayées comme ressource d'aide, d'information et d'orientation sur des sites de référence, notamment celui du ministère de la Santé et de nombreuses pages de www.service-public.fr qui orientent à la fois vers la ligne et vers les [fiches Santé Info Droits pratique](#).

L'équipe de Santé Info Droits

L'équipe d'écouterants est composée de juristes et d'avocats intervenant à temps partiel, en complément de leur activité professionnelle principale. Cette organisation permet d'enrichir la ligne grâce à la diversité des compétences, expertises et expériences.

Les membres de l'équipe bénéficient régulièrement de formations à l'écoute, de séances de régulation et d'échanges de pratiques avec une psychologue spécialisée, ainsi que de formations thématiques sur les questions juridiques rencontrées lors des permanences téléphoniques. Par ailleurs, des réunions d'équipe offrent des temps dédiés au partage d'expériences et au suivi de l'actualité juridique et associative.

Animée quotidiennement par un coordinateur, une coordinatrice adjointe et deux juristes référentes, l'équipe de Santé Info Droits comptait 18 écouterants et écouterants en 2025.

Au service des RU

Vous êtes représentant des usagers, aguerri ou fraîchement désigné, quelle que soit votre expérience, Santé Info Droits est là pour répondre à vos interrogations. Simple vérification, demande de précisions sur le fonctionnement des instances ou sur la marche à suivre après une plainte, etc. Pensez-y !



Marie-José H. est représentante des usagers (RU) depuis un peu plus d'un an. Elle siège au sein de la commission des usagers (CDU) de la clinique Anouste, à Bordeaux. Suite au renouvellement des mandats de RU en établissement de santé, à l'automne dernier, elle a été reconduite et préside même désormais la CDU. Comme ses pairs, elle a suivi la formation de base obligatoire proposée par France Assos Santé, « RU en avant ! » et, dès sa « promotion », elle s'est inscrite aux formations « Devenir président de commission des usagers » et « Présider la commission des usagers ». Toutes les conditions étaient a priori réunies pour que Marie-José H. mène à bien sa mission de RU. Mais c'était sans compter avec les difficultés rencontrées avec l'administration ministériel qui l'emploie.

« Une grande victoire »

« Mon employeur a refusé de m'accorder un congé de représentation, rémunéré, arguant que seuls les élus locaux pouvaient en bénéficier, raconte-t-elle. En 2025, résignée, j'ai posé des RTT pour pouvoir participer aux CDU. » En mars 2026, à l'occasion de sa deuxième formation, elle apprend que le refus de son administration n'est pas légal. Elle se tourne alors vers Santé Info Droits, qui confirme. « Il y a eu deux allers-retours avec le service de France Assos Santé car je voulais que les références du texte



Pour nous, représentants des usagers, Santé Info droits est un excellent service d'appui.





législatif soient hyperclaires, précise-t-elle. La réponse stipulait aussi que je pouvais avoir recours à la voie syndicale, si nécessaire. » Elle fait suivre in extenso le courriel à son employeur. Quinze jours après, le congé est accordé. « Ça a été une grande victoire », se félicite Marie-José H. qui n'a pas manqué, depuis, de parler de Santé Info Droits autour d'elle, aux RU de la région et à son association d'appartenance, Argos 2001. « Très bon contact, réponse très précise et très professionnelle...ça a été une belle expérience », argue-t-elle.

« Pour nous, Santé Info Droits est un excellent service d'appui », renchérit Margaret C., représentante des usagers depuis 2022, en tant que bénévole à Que Choisir ensemble 72, dans deux établissements de santé de la Sarthe. En avril 2025, alors qu'elle arrive au terme de son premier mandat, Margaret C. recueille sa toute première plainte. Elle émane d'une femme dont le père est décédé quelques jours après avoir été pris en charge aux urgences : « La plaignante a demandé à recevoir une copie de la plainte. Ne sachant pas si cela était possible et de peur de commettre un impair, j'ai préféré répondre que j'allais me renseigner et revenir vers elle ». Elle sollicite le service Qualité de la clinique mise en cause, qui sèche ; elle sonde ses collègues RU de la CDU, idem. Sur les conseils de la coordinatrice de France Assos Santé Pays de la Loire, elle envoie un mail à Santé Info Droits. Une dizaine de jours plus tard, elle reçoit une réponse sans équivoque : la famille du défunt est en droit de recevoir un double. « La réponse très étayée de Santé Info Droits a été, non seulement transmise au service Qualité, mais également mise à l'ordre du jour de la CDU suivante, car elle posait la question du recueil des plaintes – et des réclamations – qui étaient rédigées sur papier libre et rangées dans un classeur. Depuis, l'établissement a mis à la disposition des RU des formulaires



officiels, avec tout un circuit de relecture, validation et cosignatures, et une...photocopieuse », liste Margaret C., ravie de cette issue qu'elle a partagée avec les RU de Que Choisir ensemble, lors d'une commission santé. « J'avoue être bluffée par la réactivité, la rapidité et la précision de Santé Info Droits », s'enthousiasme-t-elle.

Soutien et assistance

« Le service est là pour eux, souligne Florence Navatoni, coordinatrice adjointe de Santé Info Droits. C'est même l'une des toutes premières missions de France Assos Santé : informer les représentants des usagers sur l'exercice de leur mandat. On a un rôle de soutien et d'assistance pour toute question d'ordre juridique et social en lien avec la santé. » Au hit-parade des sujets qui reviennent le plus couramment, on trouve le fonctionnement des instances de représentation (58,5 % des demandes), l'exercice du mandat de RU (29 %) et le statut de représentant des usagers (11,9 %). Autre spécificité relevée par les statistiques, la fidélité des RU : ils sont près de la moitié (49,5 %) à avoir déjà sollicité le service précédemment, contre seulement 21,4 % pour l'ensemble des appelants. Yvan C. est un de ceux-là. Avec ses dix ans de représentation des usagers à son actif (Que Choisir ensemble 69), il a pour ainsi dire un abonnement avec les écoutants de la ligne. « Je les ai sollicités principalement sur des sujets qui touchent au fonctionnement de la CDU (accès à l'information médicale, rôle des suppléants,

médiation, modalités d'accès aux plaintes et réclamations, etc.) et plus spécifiquement sur des problématiques comme les soins sans consentement ou encore les frais d'accès aux dossiers médicaux », expose-t-il. Et comme ses collègues de Bordeaux et du Mans, le Lyonnais loue la rapidité – en tout cas le respect des délais annoncés –, la clarté et la précision des réponses reçues, et fait volontiers la promotion de Santé Info Droits autour de lui.

Tout représentant des usagers est informé de l'existence de ce service lors des formations auxquelles il prend part, à commencer par la formation socle dite « RU en avant ! ». C'est effectivement au cours de cette formation initiale obligatoire que Marie-José H. et Margaret C. ont, l'une et l'autre, découvert Santé Info Droits. « Notre formatrice était tip top, se souvient la seconde, elle nous a conseillés de solliciter Santé Info Droits et nous a encouragés également à consulter les fiches pratiques du service, qu'on trouve sur le site de France Assos Santé. » Si elle reconnaît ne pas trop s'en servir, ce n'est pas le cas de Marie-José H. pour qui certaines de ces fiches se sont révélées fort utiles. « J'y ai eu recours pour bâtir mon PowerPoint sur les droits des usagers et le rôle de la CDU, que j'ai présenté à deux reprises à des patients, ainsi qu'à leurs proches, de l'établissement où j'exerce mon mandat, développe-t-elle. Et trois autres fiches m'ont beaucoup inspirée, à savoir la B2 consacrée au rôle de la CDU dans l'examen des plaintes, l'A4 sur le droit à l'information des usagers sur les coûts et la prise en charge des frais de santé et l'A5-1 sur les soins sans consentement. »

Des interventions ponctuelles

Ces ressources sont précieuses pour qui s'engage dans la représentation des usagers. « C'est rassurant pour les RU de savoir que des fiches existent et que, face à des problématiques un peu plus complexes, ils peuvent nous joindre facilement », confirme Ludovic Beaune, écoutant et formateur. Ils sont deux à Santé Info Droits à avoir cette double casquette. Un atout, estime Florence Navattoni : « Cela permet de faire un pont avec le service Formation de France Assos Santé, de mieux comprendre le vécu des représentants des usagers et d'enrichir nos aides à la réponse, quand, pendant une formation, apparaissent des thématiques auxquelles nous n'avions pas spécialement réfléchi ». Et vice versa. Exemple avec la formation « Défendre les droits des usagers ». « Personnellement, j'organise mes sessions autour de la présentation et de l'utilisation des fiches pratiques car, en réalité, elles ne sont pas tant que ça utilisées. Les RU

“

Je suis bluffée par la réactivité, la rapidité et la précision de Santé Info Droits.

”

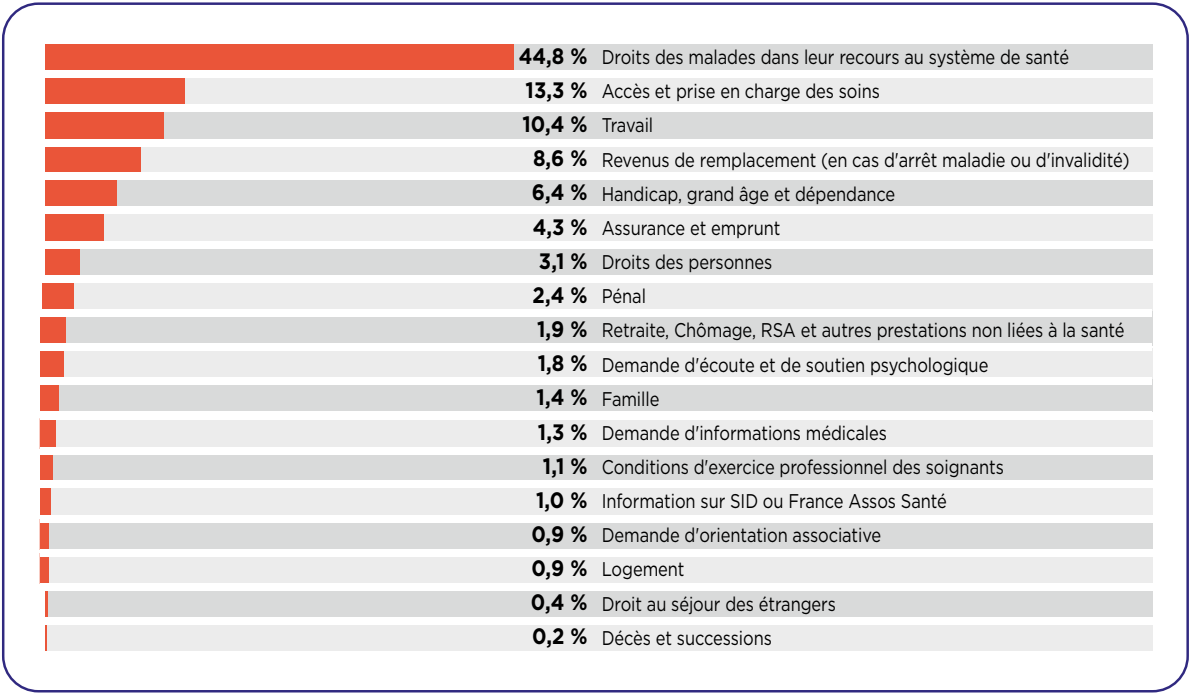
ne se les approprient pas ou ne savent pas forcément les lire. Le droit, c'est parfois un peu technique », concède Ludovic Beaune.

Aussi bénéfique et stimulante soit-elle, cette interconnaissance a toutefois des limites. À cet égard, informer n'est pas accompagner, tient à rappeler Florence Navattoni : « L'accompagnement des représentants des usagers dans l'exercice de leur mandat, c'est le rôle du service Formation et des délégations régionales de France Assos Santé ». Et cela vaut pour tous les appelants – usagers, professionnels de santé, assistants sociaux, acteurs associatifs, etc. « Notre intervention est ponctuelle », résume la coordinatrice adjointe. Certains représentants des usagers, à l'instar d'Yvan C., témoignent de son insatisfaction, parfois, face à l'incomplétude des réponses de Santé Info Droits. « Le renvoi à des documents, tels que des guides et/ou des fiches pratiques, plus complets, est certes intéressant, mais peut rendre plus difficile l'accès à la réponse à la question posée ». Florence Navattoni comprend cette frustration. Pour autant, poursuit-elle, « une pédagogie exhaustive n'entre pas dans le travail de l'écoutant juriste de Santé Info Droits dont la mission est de répondre à des situations concrètes et de fournir une information la plus précise et personnalisée possible, sans explorer toutes les situations hypothétiques ». Quoi qu'il en soit, avec près de 6 500 représentants des usagers pour, au total, plus de 10 000 mandats pourvus, promouvoir l'existence de Santé Info Droits auprès de chacun d'eux, c'est la promesse à la fois d'une amélioration de la représentation des usagers et d'un bel avenir pour la ligne d'information juridique.

Observation des problématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits

Lorsque l'on s'attache à répartir les sollicitations par grandes catégories, un constat s'impose : la répartition évolue peu et demeure globalement stable. Les questions liées aux droits des malades

dans leur recours au système de santé restent le principal motif de sollicitation, devant celles relatives à l'accès et à la prise en charge des soins, redevenues depuis l'an dernier le deuxième thème.



En termes d'évolution du nombre de sollicitations par grandes thématiques, ces dernières n'offrent pas de contrastes particuliers, et une baisse proportionnelle s'appliquent à chacune de

ces catégories. Des aspects plus remarquables sont à mettre en évidence quand on examine plus finement les différents sujets abordés. Illustration, chiffres à l'appui.

Les augmentations notables

Rente ou capital au titre d'un accident du travail ou maladie professionnelle	+103,5%
Secret professionnel	+51,0%
Parcours de soins coordonné	+40,0%
Frais de transport	+38,3%
Prestations de compensation et aide à domicile	+23,6%
Refus de soins et discrimination	+22,9%
Santé publique	+18,9%
Dépassements d'honoraires	+16,3%
Consentement et liberté de choix	+13,4%
Médecine du travail et de prévention	+13,3%
Maltraitance et non-respect de la dignité	+12,6%
Rupture du contrat de travail	+12,2%

À travers ces sujets plus fréquemment évoqués cette année par rapport à l'année précédente, un certain nombre de fils conducteurs peuvent être identifiés, comme ceux ayant trait aux droits fondamentaux dans le champs de la santé : droit au secret médical, respect de la dignité, égalité d'accès aux soins ou encore liberté de choix. Il s'agit de thématiques majeures dont la progression peut traduire une montée des tensions ou une sensibilité accrue aux enjeux de la relation soignant soigné, une tendance souvent marquée dans les formulations ou la manière dont s'expriment les usagers.

Se démarquent également les enjeux relatifs aux coûts des soins et à la prise en charge de la perte d'autonomie. À cet égard, les problématiques liées aux frais de transport, aux dépassements d'honoraires ainsi qu'aux prestations de compensation relèvent pleinement de cette catégorie. Les témoignages mettent souvent en lumière la question de la pression financière pesant sur les usagers, dans

un contexte marqué par des déremboursements et des discours parfois culpabilisants à leur égard.

Enfin, les questions relatives à la santé au travail connaissent également une forte progression, qu'il s'agisse de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles ou des problématiques liées à la médecine du travail.

Dans son ensemble, le contenu des échanges apparaît souvent frontalement en contradiction avec certains discours ou représentations sociales tendant à stigmatiser les patients. Ils mettent en évidence la persistance de difficultés d'accès aux droits, aux soins, et à l'accompagnement. Ce sont ces constats qui ont guidé l'orientation de ce rapport 2025, consacré à l'analyse de plusieurs idées reçues et à la nécessité de les déconstruire.

Par ailleurs, derrière ces données globales, on observe de fortes disparités selon les pathologies évoquées par les usagers de Santé Info Droits.

Dans le tableau suivant, sont présentées, pour chaque pathologie ou 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 thématiques sous-représentées par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations.

	DROITS DES MALADES	ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS	TRAVAIL
Age et dépendance	50,6%	5,8%	0,9%
Alzheimer	55,2%	5,6%	0,0%
Apnée du sommeil	64,3%	7,1%	7,1%
Arthrose	31,3%	12,5%	25,0%
Asthme	39,4%	15,2%	30,3%
Autisme	39,3%	8,9%	7,1%
AVC	50,4%	10,1%	8,5%
Burn-out	13,4%	9,7%	49,3%
Cancer / Tumeur / Lymphome	39,1%	20,3%	12,7%
Chirurgie esthétique d'agrément	81,8%	9,1%	4,5%
Chirurgie esthétique réparatrice	40,0%	60,0%	0,0%
COVID 19 long	9,3%	13,0%	33,3%
Décès cause non identifiée	88,3%	0,5%	0,0%
Déficiência auditive et surdité	28,0%	54,7%	5,3%
Déficiência visuelle et cécité	49,6%	31,9%	3,4%
Dentaire	75,2%	24,1%	0,0%
Dépression	23,6%	9,0%	33,7%
Diabète	45,9%	20,4%	10,2%
Difficultés de procréation	25,0%	25,0%	0,0%
Epilepsie	30,8%	17,9%	12,8%
Fibromyalgie	22,8%	22,8%	21,1%
Gougerot Sjogren	10,0%	20,0%	20,0%
Greffe	22,2%	0,0%	11,1%
Grossesse / Accouchement / IVG	57,8%	11,9%	8,9%
Handicap fonctionnel	27,4%	13,9%	9,0%
Hémophilie	66,7%	33,3%	0,0%
Hépatite B	22,2%	11,1%	22,2%
Hépatite C	66,7%	33,3%	0,0%
Hypertension	42,9%	0,0%	14,3%
Infection nosocomiale	96,2%	1,9%	0,0%
Infection sexuellement transmissible	55,6%	22,2%	0,0%
Insuffisance rénale	51,2%	43,9%	4,9%
Insuffisance respiratoire	47,1%	29,4%	0,0%
Lupus	20,0%	20,0%	0,0%
Maladie de Charcot (SLA)	45,5%	18,2%	0,0%

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

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

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

REVENUS DE REMPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ)	HANDICAP, GRAND ÂGE ET DÉPENDANCE	ASSURANCE ET EMPRUNT	RETRAITE, CHÔMAGE, RSA ET AUTRES PRESTATIONS NON LIÉES À LA SANTÉ	DROITS DES PERSONNES
0,4%	28,4%	0,0%	1,3%	16,8%
0,8%	13,6%	0,8%	0,0%	23,2%
0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
18,8%	12,5%	12,5%	6,3%	0,0%
9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	35,7%	0,0%	0,0%	5,4%
5,4%	8,5%	5,4%	1,6%	13,2%
35,1%	3,0%	9,0%	3,7%	0,7%
13,9%	3,8%	8,8%	1,8%	1,0%
4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
22,2%	3,7%	7,4%	3,7%	1,9%
0,9%	0,5%	2,3%	0,9%	0,0%
0,0%	6,7%	1,3%	2,7%	1,3%
2,5%	3,4%	5,9%	0,8%	1,7%
0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,2%
23,1%	3,0%	8,5%	2,0%	4,0%
5,1%	4,1%	8,2%	0,9%	4,5%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10,3%	5,1%	7,7%	2,6%	2,6%
16,7%	14,9%	5,3%	0,0%	0,0%
20,0%	15,0%	10,0%	0,0%	0,0%
22,2%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%
17,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
8,5%	31,3%	3,0%	3,0%	3,0%
0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	0,0%
0,0%	17,6%	5,9%	0,0%	0,0%
20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%
0,0%	9,1%	9,1%	9,1%	0,0%

	DROITS DES MALADES	ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS	TRAVAIL
Maladie de Crohn	22,7%	27,3%	13,6%
Maladies auto-immunes (autres que celles identifiées par ailleurs)	25,0%	15,0%	5,0%
Maladies cardio-pulmonaires	58,0%	19,8%	6,1%
Maladies de peau	67,6%	26,5%	5,9%
Maladies des artères et des veines	52,6%	5,3%	10,5%
Maladies du sang (sauf hémophilie)	66,7%	20,0%	0,0%
Maladies du système digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	81,8%	11,4%	2,3%
Maladies du système génito-urinaire	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	45,5%	15,2%	9,1%
Maladies du système ORL	68,4%	26,3%	0,0%
Maladies du système ostéo-articulaire (autres), des muscles et du tissu conjonct	47,3%	12,2%	24,5%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	60,0%	16,0%	4,0%
Maladies endocriniennes , nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	38,5%	15,4%	7,7%
Maladies infantiles	66,7%	0,0%	0,0%
Maladies neuromusculaires	47,1%	2,9%	8,8%
Maladies rares et/ou orphelines (autres que celles identifiées par ailleurs)	19,8%	22,6%	11,3%
Mucoviscidose	18,2%	9,1%	9,1%
Myopathie	25,0%	0,0%	25,0%
Obésité	28,6%	33,3%	9,5%
Parkinson	34,8%	7,6%	13,6%
Polyarthrite rhumatoïde	17,9%	23,1%	12,8%
Schizophrénie	66,0%	0,0%	1,9%
Sclérose en plaques	24,6%	4,9%	21,3%
Spondylarthrite	19,0%	9,5%	28,6%
Transplantation	75,0%	0,0%	0,0%
Traumatisme crânien	40,0%	20,0%	0,0%
Troubles bipolaires	36,2%	3,8%	5,7%
Troubles de la parole	0,0%	50,0%	0,0%
Troubles du comportement alimentaire (anorexie,boulimie...)	71,4%	0,0%	0,0%
Troubles du sommeil	40,0%	20,0%	20,0%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	58,1%	4,5%	5,4%
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	54,5%	9,1%	27,3%
V.I.H/SIDA	15,7%	11,2%	7,9%

	Thématiques abordées de manière comparable à la moyenne de l'ensemble des sollicitations		Thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations		Thématiques sous-représentées par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations
--	--	--	---	--	---

REVENUS DE REMPLACEMENT (EN CAS D'ARRÊT MALADIE OU D'INVALIDITÉ)	HANDICAP, GRAND ÂGE ET DÉPENDANCE	ASSURANCE ET EMPRUNT	RETRAITE, CHÔMAGE, RSA ET AUTRES PRESTATIONS NON LIÉES À LA SANTÉ	DROITS DES PERSONNES
4,5%	9,1%	18,2%	0,0%	0,0%
15,0%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%
3,8%	6,9%	3,8%	0,0%	2,3%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15,8%	0,0%	15,8%	0,0%	0,0%
6,7%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%
4,5%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
12,1%	12,1%	12,1%	6,1%	6,1%
0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	5,3%
20,7%	5,9%	4,8%	1,1%	0,5%
12,0%	4,0%	8,0%	0,0%	0,0%
7,7%	7,7%	15,4%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5,9%	20,6%	8,8%	2,9%	5,9%
12,3%	13,2%	12,3%	1,9%	1,9%
9,1%	18,2%	9,1%	18,2%	0,0%
25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%
0,0%	14,3%	4,8%	0,0%	0,0%
14,4%	18,9%	3,0%	4,5%	4,5%
5,1%	10,3%	17,9%	2,6%	0,0%
0,0%	5,7%	0,0%	1,9%	17,0%
11,5%	16,4%	9,8%	0,0%	6,6%
38,1%	14,3%	19,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4,8%	5,7%	6,7%	2,9%	9,5%
0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2,9%	5,4%	1,8%	0,5%	8,6%
9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,0%	4,5%	23,6%	2,2%	4,5%



Une fracture ça se guérit.

Un différend avec un hôpital aussi.



En tant que patient, vous avez des droits.

Les représentants des usagers, bénévoles issus d'associations agréées de santé, défendent vos intérêts et font entendre votre voix au sein des établissements de santé.

En recueillant vos témoignages, vos retours positifs ou négatifs, ils contribuent à améliorer la qualité de votre prise en charge, en coopération avec les équipes de l'établissement. Retrouvez leurs coordonnées dans le livret d'accueil ou le site de l'établissement concerné.

Découvrez nos actions sur france-assos-sante.org



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

F O C U S

STOP AUX IDÉES
REÇUES : **DÉMÊLONS**
LE VRAI DU FAUX

Depuis quelque temps, nous observons un glissement préoccupant vers une logique de suspicion généralisée à l'égard des usagers et des patients. On les dit volontiers irresponsables, par exemple. Ce qui justifie de les mettre à contribution pour colmater le « trou de la Sécu ». Et d'ailleurs, la santé n'est-elle pas gratuite ? Alerté et indisposé par cette musique de fond persistante, Santé Info Droits, aux premières loges pour ce qui est du recueil des difficultés réelles des usagers et des malades, a tenu à remettre les pendules à l'heure. C'est l'objet de ce focus : montrer que certaines de ces affirmations, présentées comme allant de soi, ne résistent pas à l'épreuve des textes législatifs et/ou du vécu des usagers. Et qu'elles peuvent même, au contraire, pénaliser plus encore les plus vulnérables d'entre nous.

LES SOINS SONT GRATUITS



Dès que des pistes d'économies budgétaires sont évoquées et que l'idée de mettre les personnes malades à contribution est priorisée, l'argument selon lequel les soins seraient gratuits en France est souvent mise en avant.

Cette construction intellectuelle, dont on peut souvent douter de la bonne foi, reflète de façon caricaturale la réalité de notre système de santé. Ce dernier est en effet financé collectivement : les usagers y contribuent à travers différents mécanismes, dont le régime obligatoire d'Assurance maladie, qui constitue la principale source de remboursement des soins et

qui ne peut fonctionner que grâce aux cotisations soumises aux assurés.



« Bonjour, je vis depuis 4 ans près de Honfleur. Mais les médecins généralistes, les dentistes etc., ne prennent jamais de nouveaux patients. Je n'ai donc plus accès aux soins depuis 4 ans. Comment faire ?? Pourtant je travaille et je cotise pour l'Assurance maladie. »

Les patients sont conscients de contribuer au financement du système de santé par leurs cotisations. Celles-ci, prélevées principalement sur les revenus

d'activité, permettant de mutualiser les ressources afin d'assurer une prise en charge partielle des dépenses de santé pour tous. Dans certains territoires marqués par les déserts médicaux, des usagers peuvent ressentir un décalage entre leur contribution financière au système de santé et les difficultés qu'ils rencontrent pour accéder aux soins, difficultés pouvant être accentuées par une prise en charge moins favorable en l'absence de parcours de soins coordonné :

 « Bonjour, notre médecin traitant venant de prendre sa retraite fin 2024 et ne trouvant aucun autre médecin acceptant de nouveaux patients, je m'inquiète pour ma famille, sur la baisse des remboursements à compter de l'an prochain. Je ne peux en tant que citoyen accepter d'être pénalisé par les choix erronés de nos décideurs et de devoir supporter des coûts de santé plus élevés, parce que l'on détourne le sens de la loi Douste-Blazy visant à réguler le parcours de santé et amenant la Sécurité sociale à pénaliser des patients sur l'impossibilité à retrouver un médecin traitant. Cela crée artificiellement deux catégories de citoyens inégaux devant la loi, même si ceux-ci l'ont toujours respecté et sont à jour de leurs cotisations. Il ne me semble pas acceptable que les citoyens ne puissent pas être traités de façon égale en France. »

De surcroît, les usagers doivent souvent supporter des restes à charge. La souscription à une assurance complémentaire apparaît indispensable pour les limiter et rendre certaines dépenses plus supportables.

 « Bonjour, mon mari doit se faire poser un implant dentaire, le devis est de 1 800 euros, sachant que les taux de remboursement Sécurité sociale et mutuelle sont bien inférieurs. ma question est la suivante : il est sans emploi, sans ressources, nous vivons avec mon salaire, il est diabétique, pris en charge à 100 % et a été opéré d'un cancer du côlon il y a 2 ans et demi, y a-t-il une quelconque aide supplémentaire dans son cas ? dans l'attente, bien cordialement. »

Ce second niveau de couverture, s'il améliore concrètement l'accès aux soins, représente néanmoins un

coût supplémentaire pour les usagers, qui n'est parfois même pas suffisant.

 « J'habite à Troyes dans l'Aube où ils n'ont pas voulu prendre en charge ma mère. Du coup, elle est au Havre. Elle a un cancer. Elle est dans une clinique. Elle a des dépassements d'honoraires. Or la mutuelle ne les prend pas en charge. La CPAM et la mutuelle refusent de payer avec les fonds de secours. Les revenus de ma mère sont très modestes. Moi, j'ai arrêté de travailler pour l'accompagner au Havre. »

Entre les soins non ou partiellement pris en charge, la pratique des dépassements d'honoraires, la prise en charge des frais de transport soumis à des conditions strictes, ainsi que l'existence de forfaits et franchises médicales, les coûts supportés par les usagers peuvent rapidement s'accumuler.

 « J'ai dû être hospitalisée en urgence cet été. Les urgences de l'hôpital m'ont transférée dans une clinique, me disant qu'il n'y aurait pas de restes à charge. Or j'ai dû y retourner pour le retrait d'une sonde ensuite et là, j'ai eu une grosse facture. Il y a un dépassement de 500 euros du chirurgien et 250 euros de l'anesthésiste au motif que je serai remboursée par ma mutuelle mais ce n'est pas le cas. »

 « Je viens d'entendre la proposition du gouvernement de doubler les franchises de Sécurité sociale. Je suis en ALD et je trouve honteux et injuste de faire payer aux malades la double peine d'être malade et d'être rançonné. En tant qu'accompagnante des élèves en situation de handicap (AESH), j'ai un faible salaire (1 300€) et j'ai peur de devoir un jour renoncer aux soins faute de moyens. »

L'accumulation de ces dépenses constitue un obstacle non négligeable à l'accès aux soins. Certaines personnes peuvent même être amenées à renoncer à des soins pourtant nécessaires, révélant ainsi les limites de l'accessibilité financière du système de santé et remettant en cause l'idée selon laquelle les soins seraient gratuits en France.

LES ÉTRANGERS MALADES SONT MIEUX TRAITÉS QUE LES FRANÇAIS



« Bonjour. Le système de franchise des actes médicaux était censé à la base « responsabiliser » les patients et les faire contribuer aux coûts du système de santé. Avec les cotisations qui me sont prélevées annuellement (plusieurs milliers d'euros), je pense être parfaitement conscient de ce coût, et faire un usage responsable (au point de ne parfois pas me soigner). Je voudrais donc savoir pourquoi certaines personnes sont exonérées de ce système (bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat - AME, par exemple), alors qu'elle ne contribuent aucunement à ce système, et que ce ne sont pas forcément les moins consommatrices de soins médicaux ? »

Cette demande illustre combien l'idée selon laquelle les personnes étrangères malades seraient mieux traitées que les Français structure la pensée de certains de nos compatriotes. Elle repose pourtant sur une perception éloignée des réalités.

Les dispositifs d'accès aux soins destinés aux personnes étrangères ne relèvent pas de privilèges mais de mécanismes de protection soumis à des conditions strictes et à des démarches administratives souvent complexes. Et les témoignages reçus par Santé Info Droits racontent des parcours marqués par la précarité, les refus de prise en charge, les ruptures de droits et les difficultés d'accès aux soins. Si des dispositifs spécifiques existent pour répondre à certaines situations de vulnérabilité, ils ne garantissent ni une prise en charge immédiate, ni un accès effectif à l'ensemble des soins. On est bien loin du « tourisme sanitaire » parfois pointé du doigt.



« Bonjour, je me permets de vous écrire pour solliciter votre avis concernant la situation de mon père. Il a obtenu un visa de type D « visiteur » pour des raisons d'urgence médicale. Diagnostiqué d'un cancer de stade 4 et vivant seul, il doit être transféré en France pour poursuivre ses soins. Cependant, il rencontre des difficultés pour son affiliation à la CPAM en raison des délais de carence de 3 mois qui s'appliquent aux nouveaux inscrits. Par ailleurs, toutes les assurances privées lui ont été refusées en raison de sa condition préexistante. Connaissez-vous des démarches ou solutions permettant de

contourner ce délai dans une situation aussi urgente ? »

Contrairement à une idée largement répandue, l'accès aux soins pour les personnes étrangères n'est pas automatique. L'ouverture des droits à l'Assurance maladie est soumise à plusieurs conditions, notamment de résidence stable et régulière sur le territoire, qu'il s'agisse de personnes en situation régulière dans le cadre d'une affiliation à la sécurité sociale ou de personnes potentiellement éligibles à l'aide médicale d'Etat.



« Je vous appelle pour une dame que j'accompagne et qui bénéficie de l'aide médicale d'état mais, avant que cela ne soit le cas, elle a dû être hospitalisée dans le cadre d'une grossesse. Elle a une grosse dette hospitalière qui n'est pas prise en charge. Comment peut-on faire ? »

L'attribution de l'AME n'étant pas immédiate, certaines personnes peuvent se retrouver temporairement sans couverture santé et devoir assumer elles-mêmes le coût de leurs soins.



« Je suis, en tant qu'assistante sociale, la situation d'une personne en situation irrégulière mais qui est en voie de régularisation par le travail, et son dossier est complet à la préfecture mais elle n'a pas de récépissé. L'Assurance maladie refuse de l'assurer tant qu'elle n'a pas de récépissé et lui refuse l'AME car elle est au-dessus du plafond. Elle paye des cotisations qui ne lui donnent aucun droit. »

Comme ce témoignage le montre, l'AME est par ailleurs soumise à des conditions de ressources, comparables à celles applicables à la Complémentaire santé solidaire (C2S). Ainsi, contrairement à l'idée selon laquelle les personnes étrangères bénéficieraient de conditions plus favorables que le reste de la population, l'accès à ce dispositif est réservé aux personnes se trouvant dans des situations financières particulièrement précaires. Résultat, les personnes dont les ressources dépassent le plafond fixé pour bénéficier de l'AME, y compris celles travaillant et s'engageant dans un processus de régularisation, ne disposent d'aucune couverture maladie.

LES PATIENTS SONT IRRESPONSABLES ET FRAUDEURS



Dans le débat public, il est devenu courant de justifier les mesures d'économies affectant l'Assurance maladie par la dénonciation de comportements présentés comme irresponsables ou frauduleux.

La figure du patient abusif, de l'assuré social indûment assisté ou du fraudeur social est ainsi apparue comme un alibi bien commode quand il s'est agi en 2025 de tenter de justifier des mesures de moindre prise en charge des frais de santé, du doublement des forfaits et franchises, finalement écarté mais en réalité reporté, ou le plafonnement du montant des indemnités journalières suite à un arrêt maladie.

Il est peu de dire que ce discours se heurte de front à la réalité des situations des personnes malades qui nous sollicitent. Au-delà des conséquences financières que ces mesures entraînent, le procès en « non-responsabilité » qui les accompagne est difficilement audible pour des patients déjà confrontés à des pénuries de médicaments et des difficultés d'accès aux professionnels de santé :



« Je viens d'apprendre l'annonce du gouvernement de doubler le plafond des franchises médicales. J'ai 54 ans, et j'ai un petit salaire.

Je suis diabétique. Alors que c'est une maladie au long cours, les traitements pour le diabète ne sont délivrés que pour 1 mois au lieu de boîtes de 3 mois : on paye donc la franchise chaque mois. Par ailleurs je suis traitée pour des migraines avec du nocertone en flux tendus voire en rupture depuis plus de 2 ans. Peu à peu on nous pousse donc à renoncer aux soins. J'ai déjà limité ma visite chez mon généraliste tous les 6 mois au lieu de 3, et fais ma prise de sang de contrôle diabète tous les 4 mois au lieu de 3 ! Que dois-je supprimer encore ? C'est la double peine ! Nous n'avons pas choisi d'être malades ! »



« Mon médecin traitant et celui de mon épouse a pris sa retraite fin juin 2024 et n'a pas de remplaçant. Mon épouse et

moi-même, âgés de 72 et 70 ans, étions patients depuis de nombreuses années et tous deux suivis pour des problèmes cardiaques. Nous avons principalement des rendez-vous trimestriels pour le renouvellement de notre traitement. Nous avons sollicité les deux autres confrères de la maison médicale qui

nous ont dit ne pas prendre de nouveaux patients. Il en est de même pour les nombreux médecins que nous avons contactés dans des communes avoisinantes. Par ailleurs, en septembre la CPAM m'a adressé un courrier m'indiquant qu'il mettait tout en œuvre pour me trouver un médecin traitant, sans suite bien entendu ... Nous venons d'apprendre que début janvier 2025, notre ancien médecin traitant allait être remplacé. Nous nous sommes bien entendu déplacés pour savoir s'il nous acceptait comme patients. La réponse qui nous a été faite est la suivante : le docteur ne prend que les personnes habitant la ville. »

Pour toutes ces personnes, l'instrumentalisation de la notion de « responsabilité » résonne tant comme un déni de leur vécu qu'une défausse de la part de décideurs comptables d'un système de santé qui ne saurait se résumer à la gestion des armoires à pharmacie des patients. Outre que les malades ne choisissent pas d'être malades, ils ne sont pas les prescripteurs de leurs médicaments !

La question de la responsabilité individuelle n'est pas forcément absente des réflexions de nos interlocuteurs à l'instar de ce patient qui nous partage ses pensées :



« La responsabilité personnelle compte beaucoup. Par exemple, pour moi, il y a une bonne dizaine d'années, mes habitudes étaient discutables, mais j'ai pris la décision de reprendre le contrôle sur ce que je pouvais. J'ai fait ma part et ne porte plus de comportements néfastes. Mais je vois qu'aujourd'hui mes limites ne viennent plus de moi. Elles viennent de l'extérieur, de ce que l'on m'impose et d'un système qui se dégrade. La médecine préventive, les politiques de santé publique, l'accès à une alimentation saine et locale, le marché du travail qui ne cesse de se dégrader. Tout cela se délite. Et le poids de l'inaction collective retombe sur les individus. »

Cette facilité à mettre les difficultés de l'Assurance maladie sur le compte des comportements individuels trouve son prolongement dans une autre incarnation devenue récurrente du débat public, celle du fraudeur.

Il ne s'agit pas de nier ici l'existence de la fraude et aucun acteur responsable ne peut contester la nécessité de la prévenir, de la détecter et de la sanctionner lorsqu'elle est établie. À noter que, selon les chiffres de l'Assurance maladie, en 2025 la fraude établie concernait, en montant, pour 16 % les assurés sociaux, 10 % les établissements de santé et 73 % les professionnels libéraux.

Et les patients peuvent eux-mêmes être victimes de fraudes :



« J'ai été victime d'une fraude de ma carte Vitale. Comment avoir la liste des médicaments pris ? »

Lorsque le sujet de la fraude est abordé sur la ligne, la question qui se pose le plus souvent n'est pas celle de sa légitimité, mais des conditions dans lesquelles les dispositifs destinés à la combattre sont concrètement mis en œuvre. Exemple avec le certificat d'arrêt-maladie anti-fraude :



« Je viens de recevoir une notification de refus concernant mon arrêt de travail suite à une hospitalisation. Il semble que cet hôpital n'ait pas utilisé le formulaire anti-fraude obligatoire, il est hors de question que je retourne à l'hôpital pour obtenir le bon document (78 km A/R). Il est décidé de mettre en service un nouveau protocole anti-fraude mais alors il faut tout mettre en œuvre pour que cela fonctionne, respectez les protocoles, phases de tests, information des professionnels, information des assurés, suppression des

stocks des anciens formulaires, mise à disposition des nouvelles procédures et formulaires. »

...ou encore dans cette situation :



« La CPAM m'accuse de fraude aux IJ pour un long arrêt maladie ayant pris fin en juin 2022, date à laquelle je me suis vue placée en invalidité catégorie 2. Malgré mes justifications et ma bonne foi, elle me notifie une pénalité de 7 500 euros. Je vais être contrainte de saisir le tribunal judiciaire pour me défendre, n'étant coupable d'aucune fraude. Lors de mes tentatives d'explication, j'ai notamment été convoquée et me suis retrouvée seule face à 2 agents assermentés, et me suis vue intimidée, malmenée et contrainte de signer un compte rendu d'audition incomplet, totalement à charge, avec des morceaux de phrase extraits de leur contexte ou modifiant leur sens. Ce compte rendu notamment est aujourd'hui utilisé par leurs services pour "prouver l'intentionnalité de la fraude". Je suis traumatisée par leur réinterprétation des faits dans leurs courriers et ne sait plus que faire. J'en ai perdu le sommeil, et ma santé déjà fragile s'en trouve fortement dégradée. »

En focalisant l'attention sur les comportements déviants, le risque est d'encourager une suspicion généralisée à l'égard des usagers. Le patient deviendrait alors un assuré qu'il faudrait davantage surveiller qu'accompagner au regard de sa situation de vulnérabilité.

Fraude à l'Assurance maladie : quand l'IGAS et l'IGF rétablissent la vérité

Le 28 août 2026, peu avant la publication de l'Observatoire 2025 sur les droits des malades, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont publié [un rapport conjoint consacré à la lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'Assurance maladie](#). Ce travail réalisé en 2025 offre un précieux éclairage dans un contexte où la lutte contre la fraude est bien trop souvent associée, dans le débat public, au contrôle des assurés. En 2024, année passée au crible par les deux institutions, la fraude détectée s'est élevée à 628 millions d'euros – sur un total de 244 milliards d'euros de dépenses du régime général. Le rapport relève que 70 % des montants identifiés sont imputables à des professionnels de santé ou à des personnes usurpant ou falsifiant leur identité. Ce constat a été conforté par les données 2025 de l'Assurance maladie : si la somme des fraudes repérées pour les assurés sociaux représente 16 % des montants globaux, elle compte pour 73 % en ce qui concerne les professionnels de santé. L'IGAS et l'IGF recommandent, à juste titre, de « rééquilibrer les contrôles vers les dossiers à forts enjeux financiers, où les fraudes de professionnels de santé sont surreprésentées ». En clair, la lutte contre la fraude doit cesser d'alimenter une suspicion généralisée et injustifiée à l'égard des usagers, avec des contrôles menés indistinctement, pouvant conduire à des ruptures de droits pures et simples.

LES PERSONNES MALADES OU L'AYANT ÉTÉ N'ONT DÉSDORMAIS PLUS DE DIFFICULTÉ POUR ACCÉDER À UNE ASSURANCE EMPRUNTEUR



Après la Convention AERAS et le droit à l'oubli visant à favoriser l'accès à l'assurance ou à l'emprunt, la loi Lemoine, votée en 2022, constitue sans nul doute une réelle avancée en imposant la suppression des questionnaires de santé selon certains critères stricts. L'accès à une assurance ou à un emprunt n'en reste pas moins parsemé d'embûches.

 « Je souhaite faire un achat immobilier mais j'ai commencé mes traitements contre le cancer en 2020 et je n'aurai pas terminé d'emprunter avant 71 ans comment faire pour avoir une assurance ? Je pensais pouvoir bénéficier de la loi Lemoine, mais on m'a dit finalement que je serai trop âgé à la fin de mon prêt. J'ai signé mon compromis de vente, si jamais je ne peux finalement pas être assurée, est-ce que je devrai des indemnités à mon vendeur ? »

Première limite : l'absence de questionnaires de santé impose non seulement que l'échéance du crédit contracté tombe avant le soixantième anniversaire de l'assuré, mais également que les parts assurées de l'ensemble des prêts en cours soient inférieures à 200 000 euros. Bref, comme pour la Convention AERAS et le droit à l'oubli soumis à l'application de seuil restrictifs, nombreux sont les candidats à l'assurance exclus du bénéfice de la loi Lemoine et, de ce fait, confrontés à des exclusions, surprimes ou refus mettant en péril leur projet immobilier.

Au-delà de la question des critères, des témoignages d'usagers font état de pratiques de la part des assurances emprunteurs visant à contourner l'esprit de la Loi Lemoine et la volonté du législateur.

 « Je cherche à acquérir un bien immobilier, l'offre de prêt est acceptée, sauf que dans les lignes de l'assurance, il est notifié que les maladies antérieures à la signature du prêt sont exclues. Je n'ai que 32 ans, ma maladie présente peu de symptômes, le prêt est inférieur à 200 000 euros, donc pas de questionnaire médical obligatoire. Mais j'aimerais tenter de trouver une assurance de prêt qui couvrirait cette maladie. »

Ce genre de pratique est critiqué par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF). « Les clauses d'exclusion relatives aux états pathologiques antérieurs, qu'elles soient formulées de manière générale ou spécifique, apparaissent difficilement conciliables avec l'esprit et les objectifs de la loi Lemoine qui vise à mettre en place un système inclusif et solidaire, qui rejette la discrimination dont sont victimes les personnes malades », écrit [le CCSF dans un avis récent](#). Et d'ajouter : « Dès lors que la loi interdit la collecte d'informations relatives à l'état de santé du candidat à l'assurance dans les situations qu'elle encadre, la mise en œuvre de telles exclusions seraient susceptibles de neutraliser, en pratique, la portée de cette interdiction et donc l'effectivité de la protection instaurée par le législateur ».

Si les associations d'usagers du système de santé sont mobilisées pour que la loi Lemoine soit strictement respectée, la vigilance doit s'imposer pour les candidats à l'assurance, pour débusquer de potentielles clauses exclusives.

À noter que la question de l'accès à l'assurance ne concerne pas que les prêts immobiliers. Illustration avec ce dernier témoignage qui concerne la prévoyance à propos de laquelle aucun dispositif ne vient à ce jour faire rempart.

 « Je suis cadre de santé dans un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (DAC). Nous avons été interpellés par un patient pour qui un diagnostic de maladie chronique a été posé récemment. Ce dernier souhaite souscrire un contrat de santé prévoyance qu'il se voit systématiquement refuser du fait du diagnostic. Il n'en avait jamais souscrit auparavant. Sauf erreur, les contrats de prévoyance disposent de critères excluant les patients « malades » ou imposant une surcote. Pourriez-vous m'en dire plus, afin de conseiller au mieux cette personne si cela est possible ? »

EN CAS DE PROBLÈME DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, IL N'Y A PERSONNE VERS QUI SE TOURNER



De nombreux patients et proches peuvent éprouver un sentiment d'isolement au cours de leur parcours de soins. Confrontés à la maladie, à des démarches parfois complexes ou à des situations difficiles à comprendre, il est naturel de se sentir dépassé, perdu. Pourtant, un établissement de santé ne se résume pas à ses équipes soignantes. D'autres interlocuteurs existent, en l'occurrence des représentants des usagers (RU) qui sont là pour écouter, informer, orienter et accompagner les usagers dans leurs démarches.

L'existence des RU est parfois méconnue, notamment parce que leur mission demeure insuffisamment mise en valeur. Pourtant, elle vise à faire entendre la voix des patients et/ou de leurs proches, qui ont des droits (accès au dossier médical, à une information claire, etc.) et, dans le cas d'un hôpital ou d'une clinique, à améliorer la sécurité et la qualité des soins. Or, il n'est visiblement pas toujours facile pour un patient ou sa famille, qui aurait besoin d'un conseil ou d'un éclaircissement, de trouver le contact de ces RU malgré les obligations existant en la matière :



« Je n'arrive pas à trouver les coordonnées des représentants des usagers. Cela fait 2 mois que je demande à une clinique de me communiquer le nom des représentants d'usagers et toujours rien. »

Ces obstacles sont d'autant plus regrettables que les représentants des usagers jouent un rôle d'appui et d'accompagnement auprès de toute personne rencontrant des difficultés avec un établissement de santé. Lorsqu'un usager souhaite formuler une réclamation ou faire valoir ses droits, ils peuvent l'informer sur les démarches existantes, l'aider à préparer sa demande et l'accompagner dans le cadre des médiations organisées par l'établissement. Leur présence permet de soutenir l'usager dans ses échanges avec la structure de soins et veiller à la bonne prise en compte de sa parole.

Les témoignages et sollicitations adressées à Santé Info Droits mettent en évidence l'investissement important des représentants des usagers dans

cet accompagnement, à l'instar de ce témoignage relatif à un représentant des usagers intervenant dans un établissement psychiatrique :



« Lors d'une de nos rencontres entre représentants d'usagers de notre département, un des collègues représentant des usagers dans un établissement de santé mentale a évoqué la situation suivante : interpellé par une famille, il les reçoit dans le bureau de la commission des usagers. Le patient et la famille demandent qu'il les accompagne jusqu'au service. Le RU accepte en stipulant qu'il s'arrêtera à l'entrée de la salle d'examen et d'entretien, l'accompagnement à la consultation médicale n'étant pas dans ses attributions. Quand la porte s'ouvre pour la prise en charge médicale du patient, le RU reste dehors avec la famille. La famille désire échanger avec la cadre qui accepte gentiment et la famille demande au RU de les accompagner comme ils en ont le droit. L'échange se termine, la famille et le représentant des usagers sortent directement sans demander ni à voir le patient, ni à parler au médecin. Pour lui tout s'était passé normalement. Pourtant, le service est très compliqué et ne veut surtout pas, ou le moins possible, de présence extérieure et n'hésite à aucun moment à déclencher des actions pour ralentir le droit à l'information. Suite à cet épisode, l'établissement a accusé le RU de faire de l'ingérence dans le soin. Il nous demande s'il a fait une erreur. Nous avons répondu que pour nous non, qu'il était resté à sa place en accompagnant une famille en cas de problème, qu'à aucun moment il n'a dépassé les limites puisqu'il n'est pas rentré dans le sas de prise en charge. Qu'en pensez-vous ? »

Au-delà de ce cas particulier, cette situation illustre les difficultés que peuvent rencontrer certains représentants des usagers lorsqu'ils exercent leur mission d'accompagnement dans des contextes sensibles. La réflexion et les échanges entre pairs sur leurs pratiques respectives sont fondamentales. Elle montre également l'importance de soutenir les représentants des usagers dans l'exercice de leur mission.

De par sa vocation à répondre aux questionnements individuels, Santé Info Droits est régulièrement interrogé par les RU sur le fonctionnement des instances de représentation, à l'instar de la commission des usagers (CDU) au sein des établissements de santé, leurs missions, leurs droits, leurs obligations ou encore les modalités d'exercice de leur mandat. Ces demandes témoignent à la fois de l'intérêt porté à cette fonction et du besoin d'information important autour de leur rôle...



« Bonjour à l'équipe ! Nous venons d'avoir une réunion avec des représentants des usagers en commission des usagers (en copie). Plusieurs sont en établissement privé et lorsqu'ils abordent en commission certains éléments, la direction rétorque qu'ils ne peuvent pas agir puisque les professionnels sont libéraux. Par exemple, l'information sur les dépas-

sements d'honoraires pas claire, voire inexistante. Les professionnels ne donnent pas tous l'information aux patients sur l'opération à venir... Comment les représentants des usagers peuvent agir en commission ? Et si ce n'est pas possible en commission, quel autre levier ? J'avais déjà eu, par ailleurs, ce retour d'une représentante en clinique : quand ils ont des réclamations qui concernent le professionnel (défaut d'info, manque de suivi, pas de compte rendu...) la direction botte systématiquement en touche. Comment faire ? Merci de votre aide. »

...l'occasion pour Santé Info Droits de sécuriser les représentants d'usagers en précisant leur cadre d'intervention et de préciser la portée de leurs missions, telles que définies par [les textes législatifs et réglementaires](#).





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

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



Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Informations et actions sur france-assos-sante.org

T E N D A N C E

LE TOP 18
DES **SUJETS**
LES PLUS
RÉCURRENTS
EN 2025

Les verbatims qui suivent se font l'écho de la diversité des demandes reçues et traitées par l'équipe de Santé Info Droits en 2025. Elles sont à la fois récurrentes et toutes singulières. Précisons que nous les restituons telles qu'elles nous sont parvenues ou sont formulées – à l'exception de la signification des sigles utilisés que nous avons ajoutée pour une meilleure compréhension.

Top 18 des sujets de sollicitations :

Accident médical	1 360
Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale	1 167
Accès au dossier médical	887
Coordination des soins	744
Consentement et liberté de choix	738
Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale	447
Pension d'invalidité de la Sécurité sociale	404
Droit à l'Information sur les soins	350
Discrimination et refus de soins	252
Maltraitance et respect de la dignité	250
Arrêts maladie et droit du travail	244
Accès à l'assurance et à l'emprunt	227
Aménagements de poste et reclassement professionnel	226
Accidents du travail et maladies professionnelles (aspects relatifs au droit du travail)	209
Prestation de compensation du handicap	209
Rupture du contrat de travail	193
Allocation aux Adultes Handicapés	176
Médecine du travail et de prévention	171
Représentation des usagers	168

Accident médical

J'accompagne un monsieur qui souhaite avoir des informations sur la responsabilité médicale pour faute. En effet, lors d'une opération classique de la hanche, le chirurgien a perforé et déchiré sa vessie. Il s'en est suivi une lourde opération du ventre ainsi qu'une « hospitalisation » et des conséquences irrémédiables. De plus, personne n'a informé ce monsieur de ce qui s'est réellement passé. Il souhaite aujourd'hui avoir des explications afin d'envisager la suite à donner. Il s'est rapproché de son centre de Sécurité sociale qui lui a dit de faire un courrier, en recommandé, afin de demander le passage d'un expert médical, sans plus d'explication. Ce monsieur a du mal à s'exprimer en français et à se faire comprendre. Il m'a donc demandé de l'accompagner dans cette démarche.

Modalités et niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale

Je suis amené à me déplacer régulièrement à environ 100 km aller + 100 km retour pour des consultations dans le cadre du suivi de deux maladies chroniques (spondylarthrite et maladie de Crohn). J'ai une ALD pour chacune de ces maladies, et je suis par ailleurs en invalidité de plus de 80 % avec besoin d'accompagnement et ne peux pas me rendre à ces consultations par mes propres moyens ni par transports en commun (ce que je faisais quand j'étais plus jeune et moins invalide), je m'y rends donc en VSL (Véhicule sanitaire léger). Depuis quelques temps, un médecin du CHU, lors de mes dernières consultations, dans le cadre du suivi de la maladie de Crohn, me fait comprendre qu'il ne fera plus de bon de transport, et qu'il faudra que je me débrouille par mes propres moyens car, d'après lui, la Sécurité sociale ne prendra plus en charge mon VSL. Etant épuisé par deux maladies auto-immunes, dont la spondylarthrite très invalidante depuis plusieurs décennies, j'avoue ne plus savoir quoi penser, ni quoi faire, devant si peu de compréhension de la part de personnels dit soignants, et devant la difficulté de savoir ce que prévoit exactement la loi pour ce cas de prise en charge.

Accès au dossier médical

Je souhaiterais récupérer l'historique du dossier de ma maman qui a été hospitalisée en 2021 à l'hôpital et qui est décédée en 2022. J'aurais besoin de ces dossiers rapidement étant donné que j'ai un rendez-vous médical génétique dans 15 jours, merci beaucoup pour votre aide.

Coordination des soins

Mon père vient de passer une IRM qui dit qu'il faut consulter un spécialiste en urgence, j'ai essayé d'appeler le centre près de chez lui et ils nous ont super mal parlé en nous disant qu'ils n'avaient pas de places avant plusieurs mois et que ce n'était pas leur problème. Nous sommes complètement démunis.

Consentement et liberté de choix

Ma fille a été hospitalisée dans une clinique privée, il y a eu un problème et ils ont interrompu ses soins et l'ont fait sortir avec une promesse orale de faire une réintégration plus tard. Elle avait demandé à changer de psychiatre, comme c'est un droit précisé sur le livret d'accueil. Et aujourd'hui ils ne veulent plus la reprendre en charge donc je ne comprends pas, ils nous ont fait croire que oui, je suis révoltée. Quel recours on peut faire avec ma fille ?

Indemnisation des arrêts maladie par la Sécurité sociale

Je suis en arrêt maladie depuis septembre 2024. Ce mois-ci, je n'ai pas perçu mes indemnités journalières et j'ai donc contacté la CPAM pour comprendre pourquoi. Mon interlocutrice m'a informé alors que mon dossier était « gelé » et qu'elle ferait une demande de traitement prioritaire mais aucune raison n'avait été affiliée à ce gel. J'ai reçu aujourd'hui un appel de la CPAM. Ils m'ont informé qu'ils avaient commis une erreur et que je n'aurais plus dû être payé depuis mars 2025, soit 6 mois après le début de mon arrêt maladie pour revoir mon dossier et prendre décision d'une continuation ou d'un arrêt de paiement des indemnités. Le 17 mars 2025 j'ai eu un entretien avec une femme à la CPAM directement qui ne m'en a pas dit plus à cette date... Il me demande aujourd'hui un remboursement de plus de deux mille euros... Je suis démunie, je n'ai pas d'emploi et je refuse de reconnaître le remboursement d'une erreur qu'eux ont commis.

Pension d'invalidité de la Sécurité sociale

Je suis arrêté depuis 3 ans, ma caisse m'a envoyé un courrier me disant que je suis en invalidité 1ère catégorie alors que tous mes médecins me disent que je ne peux plus travailler du tout. Je m'attendais à une catégorie 2. J'ai fait un recours et on me dit que le recours va prendre 4 mois. Dans quelques jours, mes droits s'arrêtent et je ne toucherai que la pension d'invalidité catégorie 1, ce qui n'est pas assez pour subvenir à mes besoins. Comment est-ce que je vais pouvoir faire ?

Droit à l'information sur les soins

Madame, Monsieur, Est-ce normal que l'on m'ait rien dit, rien expliqué, avant l'opération, ne pas avoir eu de compte rendu et aucune consigne à suivre à ma sortie ? Que puis-je faire car j'ai été choqué du fonctionnement ? En effet j'ai subi une opération en ambulatoire à l'hôpital le 12 décembre 2024. Le seul docteur que j'ai vu en consultation et le seul qui devait faire l'opération est le Docteur G. en dermatologie. Or ce dernier n'est pas venu et pire on ne m'a rien dit, ni expliqué quoi que ce soit.

Discrimination et refus de soins

Je suis représentant des usagers. Une personne m'a contacté, elle indique qu'elle est transgenre et qu'elle souhaiterait procéder à une ablation de la poitrine. Elle a pris contact avec un chirurgien de la clinique, qui a accepté de faire l'opération, elle devait avoir rendez-vous avec un anesthésiste sauf qu'aucun professionnel de la clinique ne souhaite participer à l'opération. Donc je vous appelle pour savoir quelle attitude dois-je adopter ?

Maltraitance et respect de la dignité

On a dû faire le choix de placer notre mère en EHPAD, suite à l'évolution de sa maladie d'Alzheimer. On n'aurait jamais dû le faire. Elle a toujours eu des marques un peu bizarres mais on mettait ça sur le compte de la maladie et au fur et à mesure on se dit que c'est le personnel de l'EHPAD qui la frappe et pas qu'elle. Elle pleure quand elle voit certains aides-soignants et d'autres familles nous ont dit qu'elles pensaient sortir leurs proches de cet enfer. On essaie de trouver une solution mais on ne trouve aucune place...

Arrêts maladie et droit du travail

Je suis auxiliaire de vie à domicile. J'ai une reconnaissance en invalidité 1ère catégorie. J'ai été embauchée il y a 2 ans dans une agence qui prône les valeurs d'inclusion et de bienveillance. J'ai de nombreux rendez-vous médicaux qui m'obligent à poser régulièrement un jour de congé dans la semaine. Je reviens de 5 mois d'arrêt de travail suite à une chute et je m'aperçois qu'on m'a attribué moins de missions. De ce fait, j'ai moins d'heures et donc moins de rémunération. On me fait comprendre par téléphone que mon emploi du temps est compliqué à gérer par l'agence car j'ai souvent des rendez médicaux et que ce n'est pas facile de me trouver de nouvelles missions. Je ne sais pas quels sont mes droits face à cette situation. De plus j'ai été embauchée il y a 2 ans et je n'ai toujours pas eu de rendez-vous avec le médecin du travail ni une visite de reprise suite à mon arrêt de travail.

Aménagement de poste et reclassement professionnel

Mon mari est chauffeur poids lourd. Il a eu un accident du travail et à la suite, il a eu un aménagement de poste mais pas officiel mais juste convenu avec son responsable. La direction a changé et on lui a demandé d'aller voir la médecine du travail. La médecine du travail a mis en place des restrictions. Mais l'employeur a envoyé un mail au médecin du travail pour lui dire qu'il était contre les restrictions donc le médecin a levé les restrictions. Nous avons contesté la décision devant le conseil des prud'hommes. Est-ce que ça serait légal si on le faisait reprendre sans restriction ?

Accès à l'assurance et à l'emprunt

Je vous appelle car je souhaite emprunter. Je vous ai déjà appelé par rapport à mon cancer qui date et du droit à l'oubli dont je peux bénéficier. J'ai une autre question, car là j'étais en lien avec l'assurance. J'ai répondu au questionnaire santé en informant de mon burn-out et j'ai eu une proposition et un contrat envoyé, sauf que le contrat que j'ai signé n'est pas celui qui m'a été envoyé avant. De plus, je n'ai eu l'information qu'a posteriori concernant les exclusions de tout événement lié aux troubles mentaux. Je souhaite ne pas avoir ces exclusions mais je l'ai signé en ligne hier.

Accidents du travail et maladie professionnelle (aspect employeur)

Actuellement en accident de travail avec arrêt, j'aurai une question concernant mon poste de travail. Travaillant en cabine de pont roulant au-dessus de cuves d'aluminium, j'ai été victime d'une intoxication, suite à de rejets (souffre, acide sulfurique...), constaté par le centre antipoison de Lille. Ces cabines n'étant pas équipées de détecteurs, ce sont les salariés qui font office de détecteurs avec leurs poumons, la direction faisant la politique de l'autruche sur le sujet. Je voudrai savoir ce qu'il est possible de faire afin de faire valoir nos droits à travailler en sécurité.

Prestation de compensation du handicap

Je souffre d'une pathologie lourde qui m'empêche d'accéder normalement à ma douche. J'ai fait une demande de PCH (Prestation de Compensation du Handicap) auprès de la MDPH (Maison départemental des personnes handicapées) pour des travaux d'aménagement dans ma salle de bain. Malgré les certificats médicaux fournis, ma demande a été refusée. On m'indique que je ne peux plus faire de recours administratif et qu'il faudrait saisir le tribunal ou refaire un dossier. Pourriez-vous m'indiquer quels sont mes droits dans ce cas précis ? Est-ce que la MDPH a l'obligation de prendre en compte mes difficultés liées à l'hygiène quotidienne (comme la douche) dans l'évaluation de la PCH ? Et quelles démarches concrètes puis-je entreprendre pour faire valoir mes droits en matière de santé et de dignité ?

Rupture du contrat de travail

Je viens de me faire diagnostiquer un Parkinson. Je suis déjà beaucoup plus lente qu'avant et je voulais savoir si mon employeur pouvait me licencier pour ça et comment ça allait se passer. Et si je passe en temps partiel est-ce que je vais avoir une réduction de salaire ou pas ? Est-ce que si je fais valoir ma RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), je suis protégée contre les licenciements ?

Allocation aux adultes handicapés

J'ai bénéficié de l'AAH pendant plus de 20 ans et en plein mois d'août il m'a été demandé de faire remplir un formulaire par mon médecin. Mon spécialiste étant en vacances, mon médecin traitant qui connaît mal ma maladie l'a rempli. J'ai reçu une décision défavorable et je ne perçois plus l'AAH (Allocation aux adultes handicapés). J'ai fait une réclamation auprès du président de la MDPH. Que faire de plus ?

Médecine du travail et de prévention

Je voudrais votre avis sur une démarche que j'ai fait aujourd'hui et qui m'a plus cassé le moral. On m'a diagnostiqué un syndrome de Marfan en 2018. Je suis en arrêt à cause de ça. Je suis aide-soignante en EHPAD. Fonctionnaire. J'ai fait une demande auprès du Service de prévention et de santé au travail (SIMT) pour rencontrer le médecin du travail pour lui expliquer la situation. Je devais avoir une restriction de port de charge. Le médecin du travail n'a pas été capable de faire l'évaluation lors du rendez-vous. Elle a juste photocopié mes éléments. Elle s'est engagée à voir avec l'une de ses collègues. Au final, on me dit de trouver un arrangement avec mon employeur, c'est n'importe quoi.

Représentation des usagers

Est-ce qu'il existe un congé de représentation pour les salariés qui ont un mandat de RU, afin de leur permettre d'assister à la commission des usagers ?

L'INTERVIEW

**« IL FAUT SE METTRE
À LA PLACE
DES PERSONNES
QUI SONT SOUVENT
ENGAGÉES DANS
DES PARCOURS DU
COMBATTANT »**

« Il faut se mettre à la place des personnes qui sont souvent engagées dans des parcours du combattant »



Quels ont été les grandes tendances et les éventuels signaux inquiétants en 2025 ? État des lieux rétrospectif avec [Florence Navattoni](#), coordinatrice adjointe de la ligne Santé Info Droits, qui dresse le bilan d'une année 2025 assez proche de 2024, en termes de difficultés rencontrées par les usagers du système de santé.



En 2025, la ligne d'informations juridiques et sociales de France Assos Santé a enregistré 11 328 appels téléphoniques et courriels. C'est à peu près équivalent à 2024...

Florence Navattoni – C'est vrai, nous restons sur une dynamique très positive, avec un niveau de sollicitations très soutenu. C'est même le 2^e meilleur score enregistré depuis la création de la ligne, il y a vingt ans. L'avenir nous le dira, mais 2024 a été une année exceptionnelle. On peut relever ainsi que si le nombre d'appels est resté relativement stable, avec 8 820 appels en 2025, contre 9 068 l'année précédente, les courriels ont, eux, accusé un recul plus marqué. Mais là encore, le niveau en 2024 était si haut que cette érosion est somme toute assez normale.

D'autant que dans le même temps, la durée moyenne des appels s'est allongée, pour dépasser le quart d'heure. Comment expliquez-vous cette augmentation ?

Florence Navattoni – La raison principale tient probablement au fait que Santé Info Droits reste l'un des rares services accessibles par téléphone, avec des humains au bout du fil, sans qu'une intelligence artificielle ne demande de taper la touche 1, puis 2, etc.,

et sans conditions d'adhésion. Et le service est, par ailleurs, joignable du lundi au vendredi. Le fait que la durée moyenne des appels s'allonge est certainement lié à ce besoin des usagers d'être écoutés et de prendre le temps de décrire leur situation. Depuis la création du service, notre politique a toujours été de ne jamais limiter la durée d'un appel, ce qui signifie que nous recevons des appels qui vont durer trois minutes et d'autres jusqu'à 1 heure, le temps pour nous de chercher, puis délivrer une réponse la plus précise et pertinente possible. C'est vraiment ça notre objectif.

Comme les années précédentes, le sujet des droits des personnes malades a suscité le plus de sollicitations, devant l'accès aux soins, problématique qui semble s'installer à cette 2^e place...

Florence Navattoni – Historiquement, le service a été créé pour informer sur les droits des personnes malades. Il est donc assez logique que la question des droits dans le système de santé reste prédominante. Pour ce qui est de l'accès aux soins, cette thématique occupait à l'origine la 2^e place, avant de reculer dans le classement des sujets les plus abordés et de passer derrière tout ce qui se rapporte au droit du travail, aux revenus de remplacement, au handicap

ou encore à l'assurance. Cela fait maintenant deux ans qu'il pointe à nouveau si haut, opérant un retour en force symptomatique des difficultés durables que rencontrent certains usagers pour accéder aux soins, tant en termes géographiques que financiers face à des restes à charge importants et des dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents.

Constat dont France Assos Santé se fait l'écho à travers ses actions de plaidoyer...

Florence Navattoni – Complètement. En témoignent les positions défendues dans le cadre, en particulier, du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, comme ce fut le cas en 2025, mais aussi, plus globalement, contre le délitement de notre système de protection sociale.

On relève un certain nombre de signaux relativement préoccupants, avec une hausse en 2025 des demandes concernant le parcours de soins coordonnés (+ 40 %) et les transports sanitaires (+ 38 %) ...

Florence Navattoni – Ces deux chiffres reflètent une réalité à laquelle nombre d'usagers sont confrontés. Entre les difficultés à trouver un médecin traitant, les délais déraisonnables d'accès à un spécialiste, les sanctions pour le non-respect du parcours de soins coordonnés, l'augmentation des restes à charge, les difficultés d'orientation vers les structures appropriées, etc., cela ne peut que contribuer à augmenter le nombre des appels sur la question du parcours de soins. Par ailleurs, l'absence dans certains territoires de médecins traitants et/ou d'établissements de santé proches peut entraîner le besoin de recourir à des transports sanitaires, surtout quand on est en situation de handicap ou malade chronique. Et ce recours n'est pas toujours aisé. Principal point noir : la difficulté à bénéficier d'un transport sanitaire adapté (manque de transporteurs, inadéquation entre le mode de transport prescrit et les besoins de la personne, allongement des temps de trajet, refus de prise en charge par l'Assurance maladie, etc.).

Ces appels sont précieux en tant que témoignages d'expériences de vie...

Florence Navattoni – Absolument, et ils nous informent aussi sur les conséquences réelles des réformes prises par l'exécutif, comme cela a été précisément le cas en 2025 en matière de transports sanitaires.



Le fait que la durée moyenne des appels s'allonge est certainement lié à ce besoin des usagers d'être écoutés.



Nous sommes aux avant-postes pour évaluer la bonne application d'une loi et son éventuel impact délétère sur les personnes concernées et, si nécessaire, pour alerter, conformément à notre mission d'observatoire.

Pour ce qui est du focus 2025, vous avez décidé de tordre le cou aux idées reçues. Pourquoi ce choix ?

Florence Navattoni – Cette idée nous trottait dans la tête depuis un certain temps. De par notre position d'observatoire, nous sommes en prise directe avec le quotidien des usagers et, dans le même temps, nous entendons toutes les idées reçues qui circulent. Il nous est donc apparu important de les confronter au vécu des personnes et de les déconstruire, pour rétablir la vérité, et montrer que ces idées reçues relèvent de « faux droits ».

Vous avez retenu 5 contre-vérités, dont celle concernant la prétendue invisibilité des représentants des usagers. Vous teniez à mettre en avant le travail des RU...

Florence Navattoni – Oui, nous voulions d'une certaine manière donner de la visibilité aux représentants des usagers (RU), qui ne sont pas forcément toujours associés aux droits de la santé, et donc de parler de leurs missions et de leur travail. En outre, les RU sont parmi les premiers utilisateurs de Santé Info Droits, puisque le service a aussi été créé pour les soutenir dans l'exercice de leur mandat, tant sur les aspects relatifs à leur statut que dans

leurs missions d'accompagnement des usagers et la défense de leurs droits, notamment au sein des établissements de santé. Et puis, les échanges que l'on a avec les représentants des usagers sont très enrichissants pour nous car ils sont vraiment dans l'action et la défense des droits collectifs, avec des questionnements juridiques souvent intéressants.

Outre les sollicitations auxquelles Santé Info Droits répond, le service produit également des fiches pratiques. Un outil de premier recours fort utile...

Florence Navattoni – Très vite, il nous a paru nécessaire de créer des outils pour nous aider à répondre aux usagers, mais aussi pour leur permettre de s'en saisir pour toute question simple ou même pour se renseigner. Ces fiches pratiques, au nombre de 100 environ, brassent de nombreuses thématiques et sont très utiles pour une première approche, voire une deuxième approche (ou une troisième même...) puisque les écoutants peuvent aussi orienter les appelants vers ces outils, en cours d'appel ou dans les réponses par courriel. Quel que soit le sujet, c'est important de fournir une information claire et accessible. Ces fiches sont disponibles gratuitement sur le site de France Assos Santé et actualisées régulièrement, ce qui représente un gros travail de mise à jour.

“

Il nous est apparu important de confronter les idées reçues qui circulent dans les discours au vécu des personnes et de les déconstruire.

”

“

Depuis deux ans, la question de l'accès aux soins pointe à la 2^e place des sollicitations, position assez symptomatique des difficultés durables que rencontrent certains usagers.

”

En 2025, le corpus a été enrichi d'une nouvelle fiche pratique : « Vols, pertes et détériorations d'objets dans les établissements de santé : quels droits pour les usagers ? ». Pourquoi cette thématique ?

Florence Navattoni – Ce n'est pas vraiment un sujet d'actualité, mais plutôt de niche. Pour autant, cette fiche a toute son utilité dans le sens où quand la question se présente, nous sommes désormais outillés. C'est en effet très technique et assez complexe. Encore une fois, l'idée est de fournir une information pratique et fiable aux usagers, quelle que soit la récurrence de la problématique, et de nous permettre d'élaborer rapidement une réponse en cas de sollicitation.

Vous le disiez en commençant cet entretien, Santé Info Droits est un service avec de vraies personnes et des réponses personnalisées. Dans les courriels de remerciements que vous pouvez recevoir, on perçoit ce que cette présence a de réconfortant. Cela va au-delà de la réponse obtenue...

Florence Navattoni – Il faut se mettre à la place des personnes qui nous contactent. Elles sont souvent engagées depuis longtemps dans des parcours du combattant, en particulier les malades chroniques,

notamment en matière d'accès aux soins et d'accès aux droits. Et en face, quand elles cherchent un conseil ou une orientation, elles ont soit des robots, soit des chatbots. Donc, forcément, quand ces personnes nous ont au téléphone, elles sont, je crois, assez épatées par la qualité de l'écoute et des réponses apportées. De fait, celle-ci est de plus en plus rare, pour ne pas dire exceptionnelle.

Ce qui vaut à certains de ces courriels d'être épinglés au mur...

Florence Navattoni – Effectivement, il nous arrive d'imprimer certains mails, anonymisés, et de les afficher dans la salle d'écoute. C'est aussi ça, la richesse de notre métier : constater que notre travail est utile et pertinent, et qu'il aide les usagers. Et le fait que le service soit toujours sollicité et identifié comme une ressource fiable par les institutions publiques (ministère de la Santé, Défenseur des droits...), mais aussi par les associations membres du réseau de France Assos Santé, constitue un motif de grande satisfaction.



Les fiches pratiques brassent de nombreuses thématiques et sont très utiles pour une première approche, voire une deuxième approche (ou une troisième même...)



Quand les patients nous remercient : morceaux choisis

« Je vous remercie pour toutes ces informations. Vraiment je suis épatée : tant de sérieux, une telle richesse d'informations. C'est la première fois que j'ai un retour aussi détaillé. »

« Vous n'êtes pas sans savoir combien il est parfois difficile d'obtenir, pour un simple usager des établissements hospitaliers, des informations précises. Les parcours sont parfois si chronophages, si laborieux qu'on est tenté de renoncer. Or préserver la confiance envers celles et ceux qui nous soignent est une mission essentielle qui nous concerne tous, et elle ne peut être maintenue que lorsque, face à des problèmes qui surgissent, on puisse être entendu avec sérieux et respect. Et pour l'être, il nous faut avoir les bonnes références. Encore merci ! »

NOS REMERCIEMENTS
AUX **PARTENAIRES** DE SANTÉ INFO DROITS
EN 2025 :



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



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