

OBSERVATOIRE DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Sur Les Droits Des Malades 2016

SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS



OBSERVATOIRE DE FRANCE ASSOS SANTÉ

Sur Les Droits Des Malades 2016
SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS



Sommaire

• ÉDITO	p. 6
• PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS	p. 8
• OBSERVATION DES PROBLÉMATIQUES EXPRIMÉES PAR LES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS	p. 10
• LES DROITS DES MALADES DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ	p. 16
— L'indemnisation amiable des préjudices découlant d'un accident médical fautif ou non fautif : encore des chantiers à conquérir	p. 18
— Droit à l'information et consentement aux soins : comment anticiper les situations où le recueil et l'expression deviennent impossibles ?	p. 20
— Le rôle du représentant des usagers face aux plaintes et réclamations des usagers d'établissements de santé	p. 22
— Les déserts médicaux - enquête flash 2016	p. 25
• ASSURANCES ET EMPRUNTS	p. 32
— La convention AERAS et les nouveaux droits résultant de la mise en place du droit à l'oubli et de la grille de référence	p. 34
— Enjeux autour de la mise en jeu de la garantie	p. 38
• LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ	p. 42
— La pension d'invalidité : de nécessaires aménagements et clarifications	p. 44
— Le temps partiel thérapeutique : des avancées à consolider	p. 46
• ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS	p. 48
— L'accès aux régimes obligatoires de Sécurité sociale : la mise en œuvre de la protection maladie universelle (PUMA)	p. 49
— Nouveaux contrats responsables: une mise en œuvre chaotique et incomprise	p. 51
— Portabilité des contrats de groupe en santé : des pratiques d'exclusions exigeant des clarifications législatives	p. 53
• SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL	p. 56
• SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE	p. 62
• AUTRES THÉMATIQUES DE SOLlicitATIONS	p. 68
• ANNEXES - STATISTIQUES RELATIVES À SANTÉ INFO DROITS POUR L'ANNÉE 2016	p. 72



Alain-Michel CERETTI

Président de France Assos Santé

Nous sommes maintenant coutumiers du fait : l'analyse des problématiques rencontrées par les personnes qui contactent Santé Info Droits, notre ligne d'information juridique et sociale, recoupe un grand nombre de sujets qui ont fait l'actualité en santé.

L'année 2016, avec ses 10.000 sollicitations traitées par nos juristes, n'échappe pas à cette règle.

I. DEUX THÉMATIQUES EN FORTE PROGRESSION

• Le droit de séjour des étrangers malades

Problématique que l'on doit relier directement à la situation critique dans laquelle se trouvent des milliers de migrants en extrême détresse alors que les dispositions législatives autorisant leur prise en charge existent.

• L'accès aux emprunts et aux assurances

L'accès à l'emprunt et aux assurances concerne presque exclusivement des projets immobiliers que souhaitent entreprendre des personnes qui ont, dans leur histoire, traversé un épisode marqué par un problème de santé. Ces personnes sont alors considérées par les assureurs comme « présentant un risque de santé aggravé ». En cette année 2016, alors que le prix de l'immobilier et les taux d'intérêt sont à la baisse, pour certaines personnes malades, le coût de l'assurance-crédit qui reste excessif ou les refus d'assurance pur et simple ont suscité un nombre important d'appels à Santé Info Droits. Toutefois, les dispositifs d'accès à l'assurance et à l'emprunt connaissent des améliorations avec la création du « droit à l'oubli » pour certains cancers et des « grilles de référence par pathologie ». Mais il reste particulièrement urgent de s'assurer que ces nouvelles dispositions s'appliquent au mieux de leur intérêt pour les personnes concernées, et puissent se généraliser à de nombreuses pathologies s'agissant des grilles de référence qui ne concernent pour l'instant que certains cancers et le VIH.

Pour cerner les difficultés que continuent à rencontrer les personnes, quelques verbatim révélateurs sont reproduits ci-dessous parmi ceux repris dans l'analyse de cette thématique au cœur de ce rapport :

- *Ma compagne a une maladie auto-immune, et l'assurance de ma banque refuse de l'assurer pour un prêt immobilier. Son dossier a été évalué à plusieurs niveaux mais chaque fois la réponse est négative. Pourtant depuis son traitement, ses douleurs liées à la maladie sont devenues rarissimes, et cela n'a jamais nécessité un arrêt de travail. On m'a orienté vers la convention AERAS, mais je vous avoue, que je n'ai pas tout compris. Je ne sais pas si c'est un organisme indépendant, ou si cette convention est appliquée par l'ensemble des assureurs prêteurs. J'aimerais de l'aide, pour savoir comment l'assurer. Nous avons sollicité d'autres assureurs, mais les garanties ne correspondent pas aux critères de notre banque.*
- *Je cherche à souscrire un emprunt, j'ai eu un cancer il y a 13 ans. J'ai lu que le droit à l'oubli s'appliquait à partir de 10 ans mais le questionnaire de l'assurance me demande de communiquer toute pathologie que j'aurais eue dans les 15 ans. Je suis embêtée, est-ce que je dois leur communiquer ? Je m'interroge car il y a une question dans le questionnaire où on me demande si j'ai déjà eu des pathologies et il est précisé sauf celle relevant du droit à l'oubli. Or, on me demande dans une autre question si j'ai déjà bénéficié d'une reconnaissance en affection de longue durée et*

pour quelles pathologies. Il ne précise pas le droit à l'oubli... Que puis-je faire ?

- *Nous faisons un emprunt pour acheter un logement mais j'ai eu un cancer du sein il y a 13 ans. Apparemment, je devrais bénéficier du droit à l'oubli mais la banque a rempli le questionnaire médical dans les locaux de la banque et m'a rappelé le soir chez moi pour me dire que compte tenu de ma pathologie, j'aurais un refus d'assurance.*

II. DES SUJETS TECHNIQUES ÉMERGENTS :

• Assurance Maladie

En ce qui concerne la prise en charge des soins on note une augmentation significative des sollicitations relatives à la couverture maladie universelle, alors que se mettait en place le nouveau dispositif « PUMA » (protection universelle maladie). Nous avons enregistré de nombreuses interrogations sur des situations qui, bien que marginales, doivent néanmoins faire l'objet d'un traitement particulier pour s'assurer de l'universalité de l'accès aux soins.

• Complémentaires Santé

Toujours dans le registre de l'assurance maladie, on a vu se développer des interrogations relatives à l'évolution des prises en charge suite aux réformes imposées par les pouvoirs publics sur les obligations des contrats responsables ou encore la généralisation de la complémentaire pour les salariés. Autant de sujets pour lesquels on a le sentiment d'un manque flagrant d'information de la part des parties prenantes et, notamment, des complémentaires santé vis-à-vis de leurs assurés.

• Droit du travail

En matière de droit du travail, nous constatons que les nouvelles dispositions plus protectrices obtenues à la demande des associations en matière de temps partiel thérapeutique, par exemple pour les personnes reconnues en affection de longue durée, doivent encore être affinées et consolidées afin de répondre pleinement à certaines situations concrètes où elles devraient pouvoir être appliquées.

• Facturation

De nombreux appels dénoncent des pratiques abusives de certains établissements de santé en matière de facturation aux usagers ou à leur complémentaire santé. Les réclamations reçues confirment des alertes qui nous avaient déjà été adressées. En l'espèce, il s'agit de facturations d'interventions d'urgence de type SMUR et SAMU envoyées aux patients, ou à leur complémentaire santé lorsqu'ils sont couverts. Rappelons que l'activité de ces unités est normalement financée sur la base de crédits publics relevant de missions d'intérêt général et ne doit en aucun cas faire l'objet d'une facturation à

l'acte supplémentaire. Cette pratique semble persister, malgré les instructions claires données par le ministère de la santé. C'est un sujet dont s'empare France Assos Santé, comme nous l'avions déjà fait il y a quelques années à propos de facturations abusives de forfaits administratifs.

III. DES PATHOLOGIES PARTICULIÈREMENT REPRÉSENTÉES

Les sollicitations les plus nombreuses concernent les cancers, les troubles mentaux et du comportement mais aussi les problèmes liés aux soins dentaires ou aux maladies rares. Que ce soit en raison de l'épidémiologie ou de problèmes spécifiques déjà bien identifiés pour certains soins (le dentaire s'agissant des difficultés financières d'accès, ou les maladies rares et l'errance thérapeutique qu'elles engendrent encore trop souvent...), on voit dans l'analyse détaillée des sollicitations que Santé Info Droits s'impose comme un observatoire des droits des personnes malades, tout à fait représentatif de la réalité vécue par nos concitoyens.

Autant d'exemples significatifs qui montrent que notre activité d'information juridique et sociale sur toute question en lien avec la santé est clairement ancrée dans la vraie vie des personnes confrontées à la maladie et aux problèmes que peut engendrer l'évolution de l'état de santé sur toutes les dimensions de la vie - sociale, professionnelle, familiale, intime...

La ligne Santé Info Droits remplit ainsi ses objectifs premiers : information et d'orientation. En cela, elle assure une réelle fonction de support auprès des personnes malades et des usagers du système de santé dans la défense de leurs droits.

Santé Info Droits, s'inscrit naturellement dans ce nouvel organisme qu'est France Assos Santé. Cette nouvelle union nationale des associations de santé agréées est née de la Loi santé de janvier 2016 et rassemble depuis mai 2017 plus de 70 associations. France Assos Santé a l'ambition de s'imposer comme le défenseur des droits des usagers du système de santé, malades ou pas mais contribuant tous à son financement.

Nous vous invitons à découvrir, dans les éléments mis en exergue dans ce rapport d'observation, les riches analyses que permet le regard porté à posteriori sur les 10.000 sollicitations de malades et d'usagers du système de santé traitées au cours de l'année 2016.



PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS



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

Créé par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) en 2006, son activité se poursuit désormais dans le cadre des missions de France Assos Santé.

Développé dans un but de promotion, de respect et d'amélioration des droits des usagers du système de santé et des assurés sociaux, ce dispositif a pour vocation en premier lieu de répondre aux interrogations individuelles des usagers du système de santé. Cette action d'information et de facilitation dans 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 en appelant le 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 maximum de 8 jours via les sites Internet de France Assos Santé : www.france-assos-sante.org et www.66millionsdimpatients.org



L'équipe d'écouterants est composée de professionnels juristes, avocats ou travailleurs sociaux. Ceux-ci interviennent à temps partiel généralement 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.

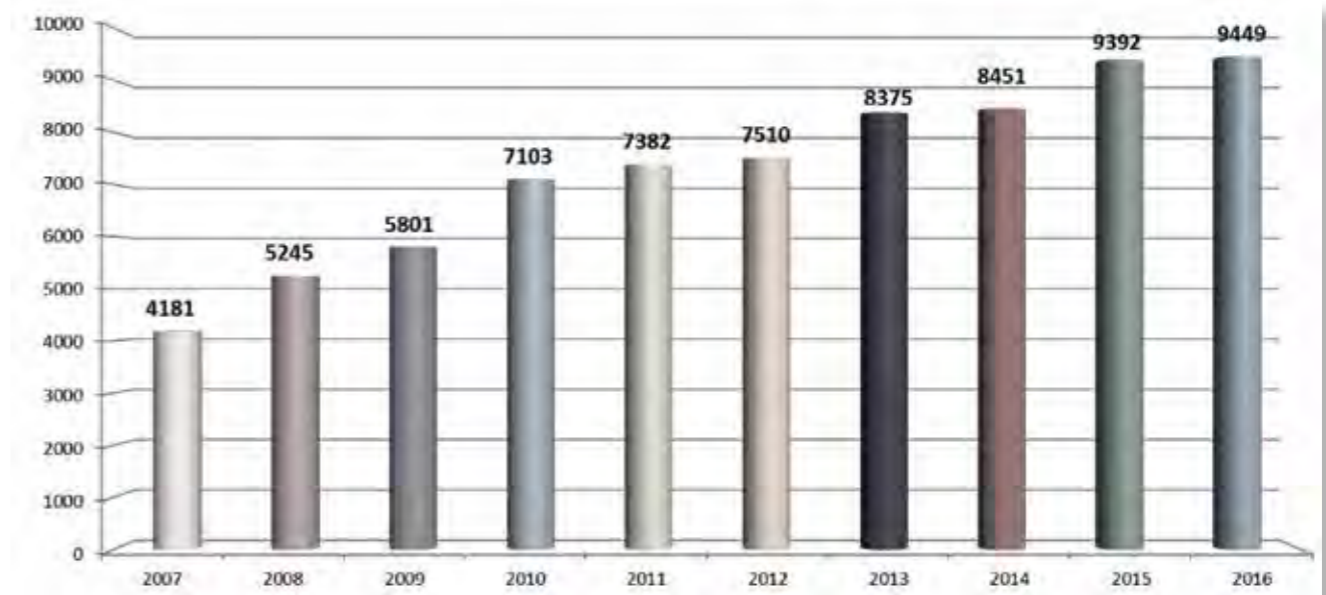
En 2016, l'équipe de Santé Info Droits a compris 14 écouterants qui sont intervenus dans le cadre des permanences du dispositif :

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

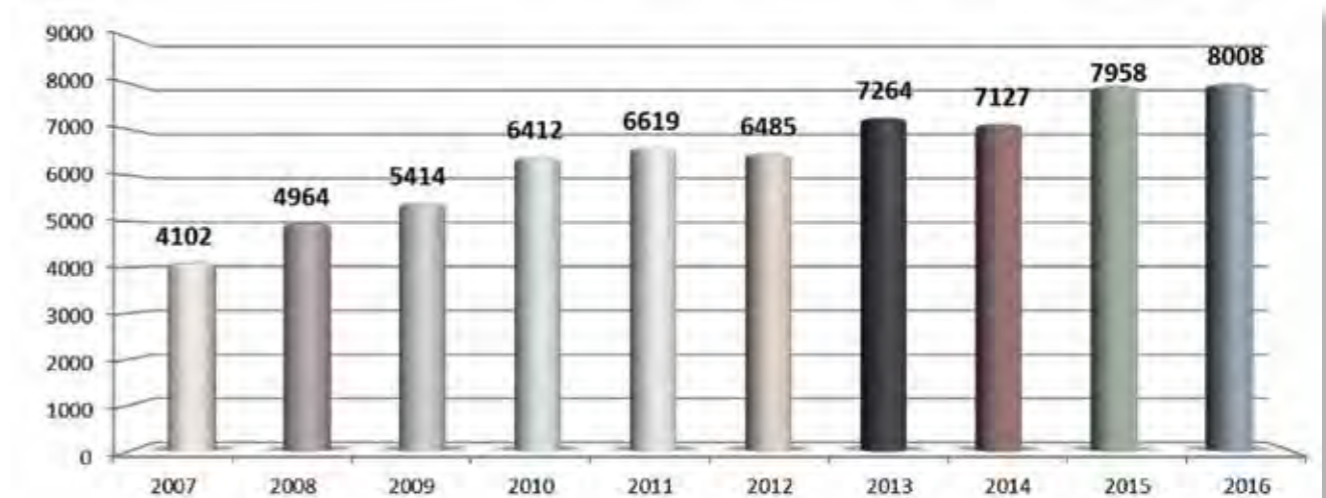
Stéphane GOBEL, coordinateur de Santé Info Droits, Florence NAVATTONI, coordinatrice-ajointe et Tanguy NGAFAOUNAIN-TABISSI en tant qu'écouterant-référent assurent par ailleurs l'animation de la ligne.

A l'occasion de sa dixième année d'existence, l'évolution de l'activité de Santé Info Droits n'a pas dérogé à la tendance constatée depuis sa création en connaissant un accroissement des sollicitations traitées.

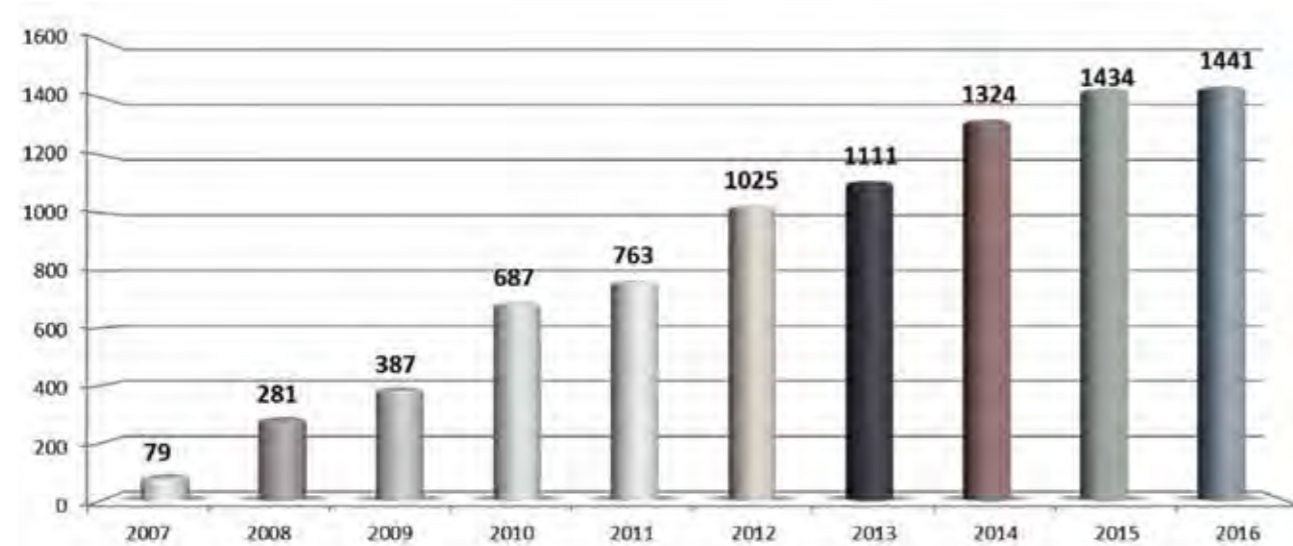
Nombre de sollicitations traitées 2007-2016 (appels + courriels)



Nombre d'appels téléphoniques traités 2007-2016



Nombre de sollicitations traitées 2007-2016 (appels + courriels)



En parallèle de la délivrance d'une information individualisée, les intervenants de Santé Info Droits recueillent les données permettant de caractériser la nature des difficultés évoquées par l'appelant. C'est ce travail de collecte qui nous permet d'alimenter l'Observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades, objet de ce rapport portant ainsi résolument la voix des usagers à travers le témoignage et l'analyse des obstacles et problèmes auxquels ils sont confrontés.

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

OBSERVATION DES PROBLÉMATIQUES EXPRIMÉES PAR LES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS



Qu'expriment, sur leur situation et leur parcours, les usagers et leurs représentants quand est mis à leur disposition un service proposant d'apporter un éclairage et un soutien à toutes questions juridiques en lien avec la santé ? C'est à cette question que l'Observatoire sur les droits des malades, historiquement proposé par le CISS et désormais par France Assos Santé, tente de répondre depuis maintenant 10 ans.

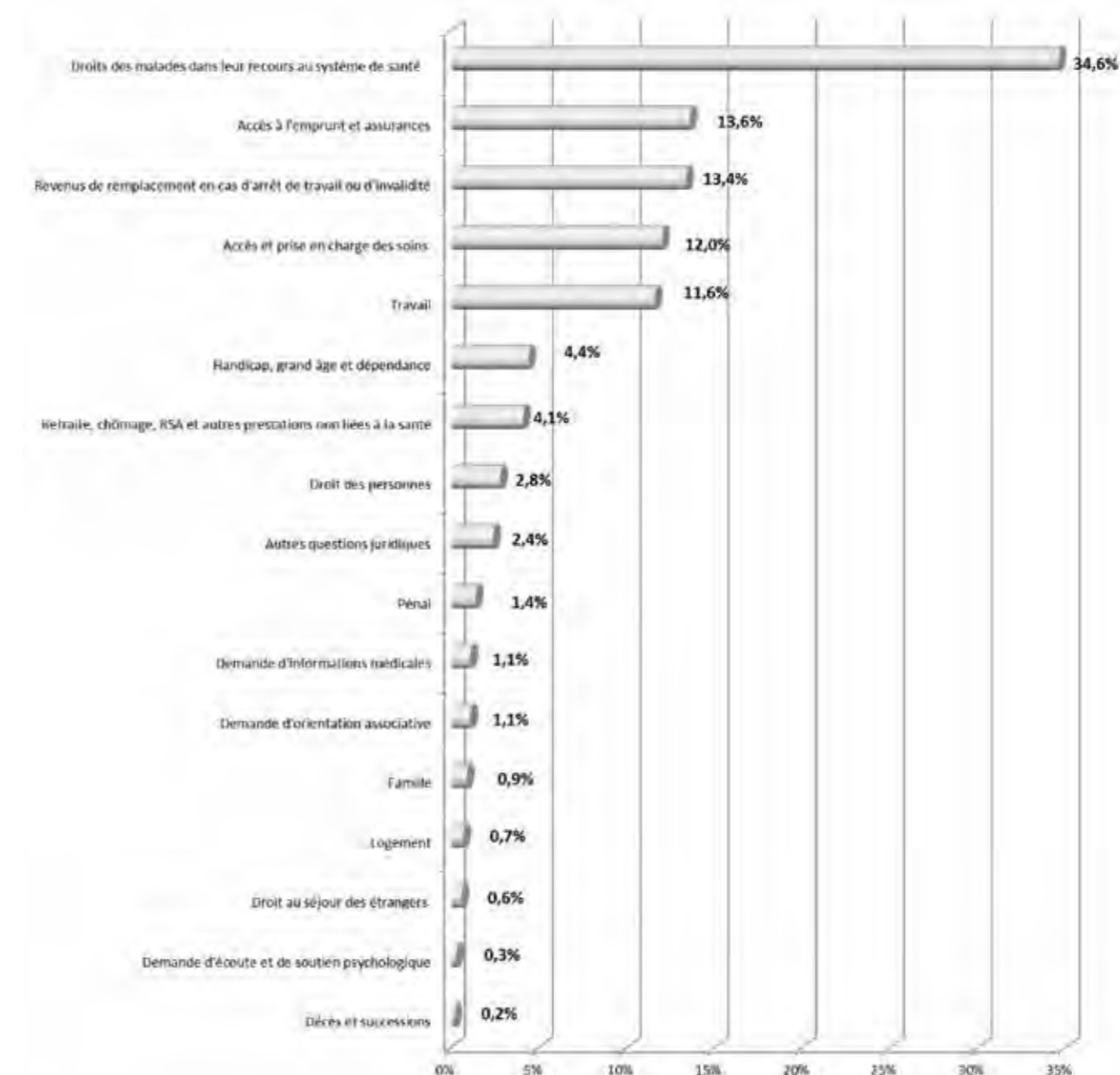
Recenser, montrer, analyser afin de mettre en évidence les transformations nécessaires pour répondre

aux préoccupations, souffrances et parfois colère des personnes malades, des assurés sociaux, de leurs accompagnants, tel est notre dessein dans le but de contribuer à une meilleure prise en compte des personnes confrontées à la maladie dans notre pays.

Au-delà de la singularité de chaque situation individuelle, derrière l'aspect parfois très technique voire rébarbatif des problématiques évoquées par nos interlocuteurs dont nous portons ici la voix, se présentent des difficultés concrètes qu'il convient au plus vite d'appréhender et de résoudre.

La structuration autour de grandes thématiques des interrogations exprimées par les usagers de la ligne apporte quelques enseignements généraux quant aux préoccupations de nos interlocuteurs :

Répartition des sollicitations par thématiques



Si les interrogations directement relatives à l'exercice des droits des malades dans leurs recours au système de santé représentent plus d'un tiers des sollicitations, quatre autres thématiques (Assurances et emprunts, Revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie et invalidité, Accès et prise en charge des soins, Santé et droit du travail) émergent également de manière presque équivalente.

Le recensement des 12 sujets les plus souvent évoqués au cours des échanges donne une vision plus concrète des sujets affectant les personnes ayant recours à Santé Info Droits, et motivant ce recours :

1	Accident médical	1144
2	Accès à l'assurance et aux prêts immobiliers et professionnels	923
3	Accès au dossier médical	843
4	Indemnités journalières en cas de maladie	645
5	Modalité et niveau de prise en charge par les régimes obligatoires	637
6	Pension d'invalidité	541
7	Consentement et soins sous contrainte	386
8	Arrêt maladie et droit du travail	285
9	Temps partiel thérapeutique et droit du travail	221
10	Accès au régime obligatoire de l'assurance maladie et à l'AME	256
11	Articulation chômage et maladie	211
12	Rupture du contrat de travail	199

Au-delà de la répartition constatée pendant l'année 2016, l'examen de l'évolution des questionnements par rapport à l'année précédente est de nature à apporter quelques enseignements.

Évolution du nombre de sollicitations par thématique (entre 2015 et 2016)

Droit au séjour des étrangers malades	+ 17,8%
Accès à l'emprunt et assurances	+ 14,3%
Droits des malades dans leur recours au système de santé	+ 6,3%
Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	+ 5,8%
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	+5,4%
Travail	+ 3,2%
Ensemble des sollicitations	+ 0,8%
Pénal	-2,9%
Droit des personnes	-5,1%
Accès et prise en charge des soins	-8,8%
Handicap, grand âge et dépendance	-16,9%
Famille	-26,1%

Dans un contexte où l'ensemble des sollicitations s'avère être en légère augmentation (+0.8%), l'évolution par grande thématique apparaît cette année plus homogène que celles parfois constatées par le passé, l'écart entre la plus forte augmentation et la plus importante baisse s'étant réduit.

De surcroît les deux thématiques concernées (« Droit au séjour des étrangers malades » et « Famille ») reposent sur un nombre plus réduit de sollicitations les rendant ainsi plus sensibles aux évolutions.

Plus significative apparaît l'évolution des appels en matière d'assurances et d'emprunt (+14.3%) qui devient pour la première fois depuis la création de la ligne la deuxième thématique de sollicitations. La mise en œuvre médiatique du droit à l'oubli et de la grille de références, ainsi que le contexte financier des taux d'intérêt historiquement bas propice à la réalisa-

tion de projet immobilier, semblent s'être conjugués pour engendrer un surcroît d'interrogations autour de cette thématique.

On constate également un renforcement des questionnements autour des droits des malades dans leur recours aux soins (+6.3%) Cette évolution ne semble guère surprenante, là encore en raison d'une actualité riche en productions législatives au début de l'année 2016 (loi de modernisation de notre système de santé et loi relative à la fin de vie).

Derrière ces données globales se cachent des disparités fortes selon les pathologies qui touchent les personnes concernées par la sollicitation, lorsque celles-ci sont évoquées.

Les sollicitations par pathologies :

Il ressort des situations médicales évoquées au cours des échanges qu'en 2016 ce sont le cancer et les tumeurs cancéreuses qui ont le plus souvent fait l'objet de sollicitations sur la ligne (en annexe 2.7, retrouvez la répartition des appels pour l'ensemble des pathologies) :

1 ^{ère}	Cancer / Tumeurs
2 ^e	Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)
3 ^e	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)
4 ^e	Dentaire
5 ^e	Dépression
6 ^e	Décès cause non identifiée
7 ^e	V.I.H.
8 ^e	Maladies rares
9 ^e	Maladies cardio-pulmonaires
10 ^e	Âge et dépendance

Croisement des thématiques de sollicitations par pathologie

Dans le tableau ci-dessous, figurent ainsi pour chaque type de pathologies :

- en vert les thématiques plus fréquemment abordées que sur la moyenne de l'ensemble des sollicitations,
- et a contrario, en violet, les sujets sous-représentés par rapport à la moyenne de l'ensemble des sollicitations.

	Droits des usagers du système de santé	Accès à l'emprunt et assurances	Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	Accès et prise en charge des soins	Travail	Handicap et perte d'autonomie	Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	Droit des personnes	Séjour Etrangers
ENSEMBLE DES APPELS	34,6%	13,6%	13,4%	12,0%	11,6%	4,4%	4,1%	2,8%	0,6%
Accident conséquence non identifiée	41,4%	13,5%	18,9%	11,7%	9,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%
Accident vasculaire cérébral	44,7%	21,2%	3,5%	16,5%	4,7%	5,9%	0,0%	8,2%	0,0%
Addictions	25,0%	20,8%	8,3%	8,3%	4,2%	0,0%	0,0%	20,8%	0,0%
Affection iatrogène	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Age et dépendance	48,5%	1,8%	0,0%	8,2%	1,2%	9,9%	0,0%	18,7%	1,2%
Alzheimer	38,6%	1,4%	2,9%	7,1%	2,9%	20,0%	1,4%	31,4%	0,0%
Burn-out	6,0%	11,9%	29,9%	3,0%	46,3%	0,0%	11,9%	0,0%	0,0%
Cancer / Tumeurs	22,4%	34,2%	14,1%	14,1%	9,8%	3,3%	2,2%	0,5%	1,0%
Décès cause non identifiée	94,1%	0,5%	0,5%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
Déficience auditive et surdité	32,5%	17,5%	10,0%	20,0%	2,5%	10,0%	0,0%	0,0%	2,5%
Déficience visuelle et c�c�t�	50,4%	6,9%	5,3%	21,4%	9,9%	3,1%	1,5%	0,8%	0,8%
Dentaire	71,0%	2,0%	0,3%	25,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
Dépression	13,8%	12,8%	35,3%	6,1%	27,9%	4,2%	6,4%	1,9%	0,0%
Diabète	24,2%	37,4%	2,0%	24,2%	1,0%	3,0%	0,0%	5,1%	2,0%
Epilepsie	47,1%	11,8%	0,0%	2,9%	2,9%	11,8%	0,0%	8,8%	5,9%
Fibromyalgie	0,7%	6,8%	40,1%	15,0%	21,1%	21,8%	6,1%	0,0%	0,0%
Greffes	21,1%	15,8%	26,3%	10,5%	10,5%	10,5%	0,0%	0,0%	5,3%
Grossesse et accouchement	46,4%	2,1%	20,0%	24,3%	5,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,7%
Handicap fonctionnel	23,3%	10,3%	7,5%	8,9%	13,0%	22,6%	5,5%	4,8%	2,1%
H�mophilie	5,0%	35,0%	10,0%	15,0%	0,0%	20,0%	15,0%	5,0%	0,0%
Hépatite C	48,3%	17,2%	1,7%	13,8%	5,2%	5,2%	1,7%	1,7%	3,4%
Infections nosocomiales	89,6%	2,6%	0,0%	1,3%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	34,4%	19,7%	9,8%	19,7%	11,5%	3,3%	0,0%	0,0%	1,6%
Lupus	8,3%	45,8%	8,3%	12,5%	4,2%	12,5%	4,2%	4,2%	8,3%
Maladie de Parkinson	20,3%	4,3%	17,4%	4,3%	14,5%	10,1%	15,9%	4,3%	0,0%
Maladies auto-immunes	23,5%	29,4%	0,0%	5,9%	17,6%	17,6%	5,9%	0,0%	5,9%
Maladies cardio-pulmonaires	37,8%	21,1%	7,8%	18,3%	10,6%	4,4%	3,3%	1,1%	0,0%
Maladies de Crohn	14,8%	25,9%	29,6%	7,4%	14,8%	0,0%	11,1%	3,7%	0,0%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	60,2%	9,6%	6,0%	18,1%	6,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	82,1%	6,4%	0,0%	7,7%	2,6%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
Maladies de peau	72,5%	5,0%	0,0%	12,5%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies des artères, veines	53,1%	21,9%	0,0%	9,4%	3,1%	0,0%	0,0%	3,1%	3,1%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	23,1%	50,0%	0,0%	11,5%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	55,2%	17,9%	3,0%	3,0%	9,0%	3,0%	4,5%	1,5%	0,0%

	Droits des usagers du système de santé	Accès à l'emprunt et assurances	Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	Accès et prise en charge des soins	Travail	Handicap et perte d'autonomie	Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	Droit des personnes	Séjour Etrangers
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	42,0%	8,7%	19,9%	11,0%	17,1%	4,5%	2,1%	0,0%	0,0%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	64,7%	5,9%	5,9%	11,8%	8,8%	5,9%	0,0%	2,9%	0,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	30,4%	43,5%	13,0%	8,7%	4,3%	4,3%	4,3%	0,0%	0,0%
Maladies rares	12,2%	35,4%	12,2%	16,6%	9,4%	8,3%	4,4%	0,6%	1,7%
Mucoviscidose	13,0%	21,7%	17,4%	8,7%	4,3%	26,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Obésité	11,1%	44,4%	0,0%	22,2%	5,6%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Schizophrénie	50,0%	4,9%	1,2%	6,1%	2,4%	0,0%	2,4%	18,3%	0,0%
Sclérose en plaques	17,4%	26,8%	15,2%	7,2%	12,3%	11,6%	2,2%	5,1%	1,4%
Spondylarthrite	9,4%	35,8%	18,9%	13,2%	18,9%	9,4%	5,7%	0,0%	1,9%
Troubles bipolaires	34,1%	16,7%	7,1%	3,2%	10,3%	2,4%	0,8%	15,1%	0,0%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	56,2%	3,1%	4,4%	5,0%	3,9%	2,8%	0,2%	13,3%	0,2%
Troubles musculo-squelettiques	34,2%	9,0%	20,7%	9,9%	28,8%	5,4%	1,8%	0,0%	0,0%
V.I.H.	10,4%	42,3%	1,6%	7,7%	4,4%	4,4%	0,5%	1,6%	3,3%

Au-delà de l'analyse des données statistiques et des verbatim issus des échanges directs avec les usagers ayant contacté Santé Info Droits, ce rapport d'observation se construit aussi sur la base des résultats de l'enquête flash administrée chaque année, au cours d'une période donnée (15 jours à 1 mois)   l'issue des entretiens téléphoniques afin d'explorer de manière plus détaillée une problématique des droits des malades qu'il nous semble pertinent de creuser. A cet égard, a été proposée aux appelants, entre le 21 novembre et le 7 décembre 2016, une enquête consacrée à la démographie médicale et aux difficultés d'accès aux soins pour des raisons géographiques. Cette enquête à laquelle 202 participants ont répondu, a permis à la fois de s'enquérir de leur expérience mais aussi de leur appréciation des solutions envisagées.

Les résultats de cette enquête flash sont intégrés à la partie de ce rapport, consacrée aux droits des malades dans leurs recours au système de santé.

Enfin, il convient de préciser que le présent rapport ne peut retranscrire, avec toute l'exhaustivité nécessaire, l'intégralité d'une année d'expressions et de questionnements des personnes recourant à Santé Info Droits – les sujets évoqués ayant pu d'ailleurs déjà faire l'objet de développements les années précédentes.

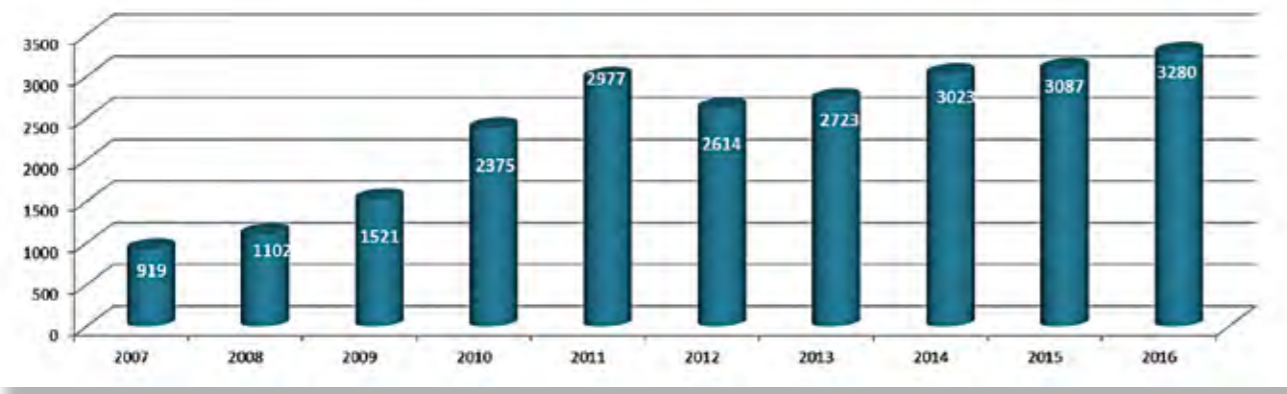
Les lecteurs souhaitant explorer plus largement ces différentes thématiques et dépasser les choix éditoriaux de l'équipe de Santé Info Droits trouveront des témoignages et données statistiques plus complètes sur le site internet de France Assos Santé dans un document complémentaire intitulé « Recueil de témoignages et de statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2016 ».



DROITS DES MALADES DANS LEURS RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

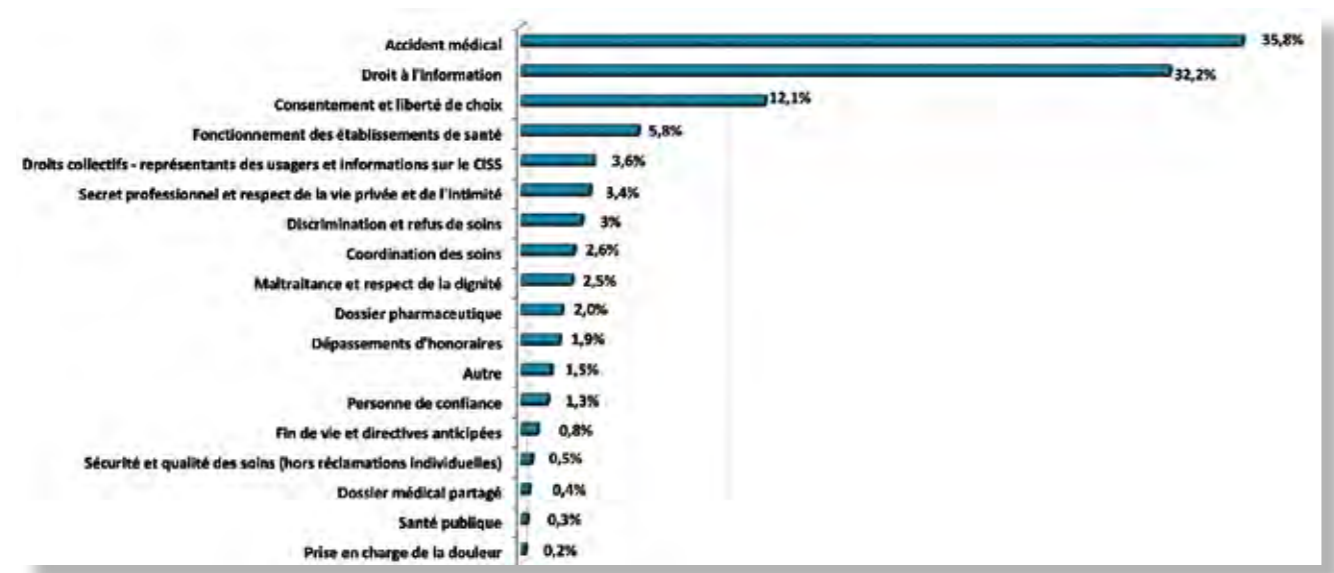
Comme chaque année, les questionnements juridiques des patients dans leurs relations avec les soignants constituent la première source de sollicitations pour l'équipe de Santé Info Droits. Ils réunissent à eux seuls plus d'un tiers de la totalité des problématiques soulevées sur la ligne au cours de l'année 2016.

Évolution des sollicitations de la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » depuis 2007

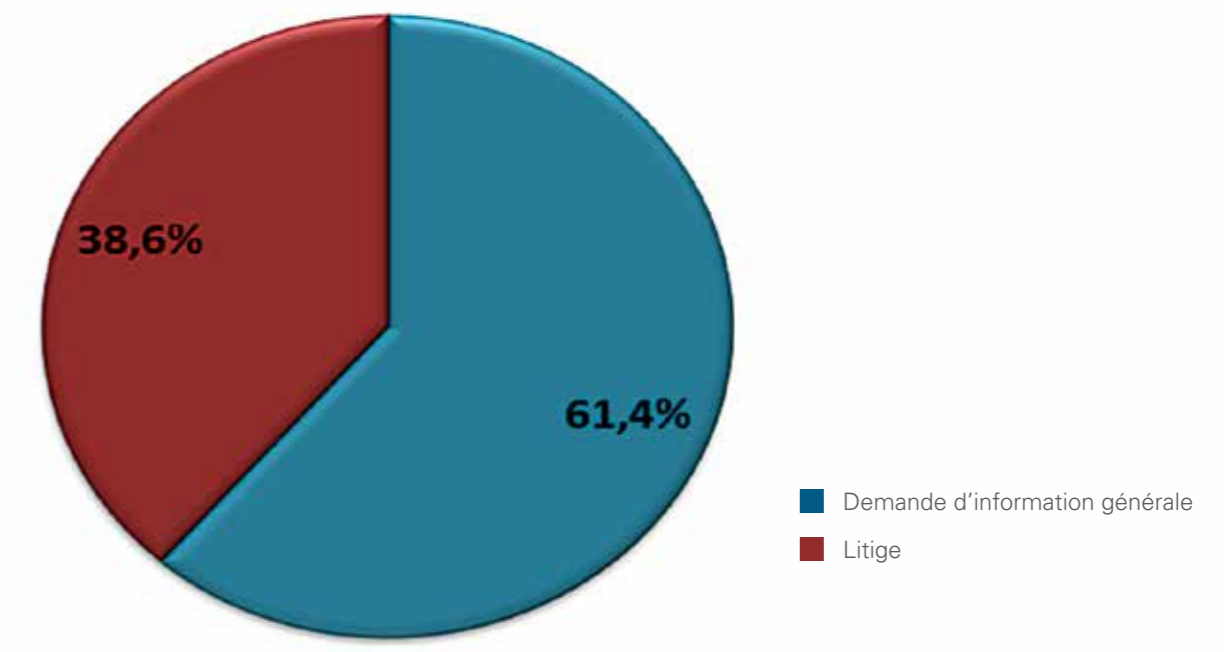


Cette prédominance tient d'abord à la diversité des sujets au sein de cette thématique : de l'accident médical au respect du secret médical en passant par le dossier pharmaceutique ou les dépassements d'honoraires, les usagers de notre système de santé sont manifestement en demande d'informations et avec la volonté d'exprimer des difficultés à nous faire remonter sur tous ces sujets.

Répartition des sollicitations de la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » en 2016



Contexte lié à l'appel



Tout en haut de l'échelle des préoccupations se trouvent les 3 grands principes généraux, indispensables à l'établissement d'une relation de soins équilibrée :

- la sécurité et la qualité des soins prodigués : c'est ce qui a manqué en général lorsqu'un accident médical s'est produit et qu'on rencontre à la 1^{ère} sous-thématique ;
- le droit à l'information, indispensable à toutes les étapes : sur les soins à venir, sur les coûts engendrés par ceux-ci et sur les soins délivrés dans le passé par l'accès au dossier médical ;
- le consentement aux soins, incontournable et préalable, sauf dans des situations extrêmement bien encadrées par la loi.

Notre observation de l'année 2016 va porter sur trois problématiques notables, soit parce qu'elles sont couramment rencontrées soit parce qu'elles sont symboliques du respect des droits des usagers :

- Le parcours d'indemnisation des victimes d'accident médical devant les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).
- Les outils à la disposition des usagers pour l'expression de leur volonté, même dans un état d'inconscience.
- Le rôle du représentant des usagers face à une plainte de l'utilisateur et à son traitement.

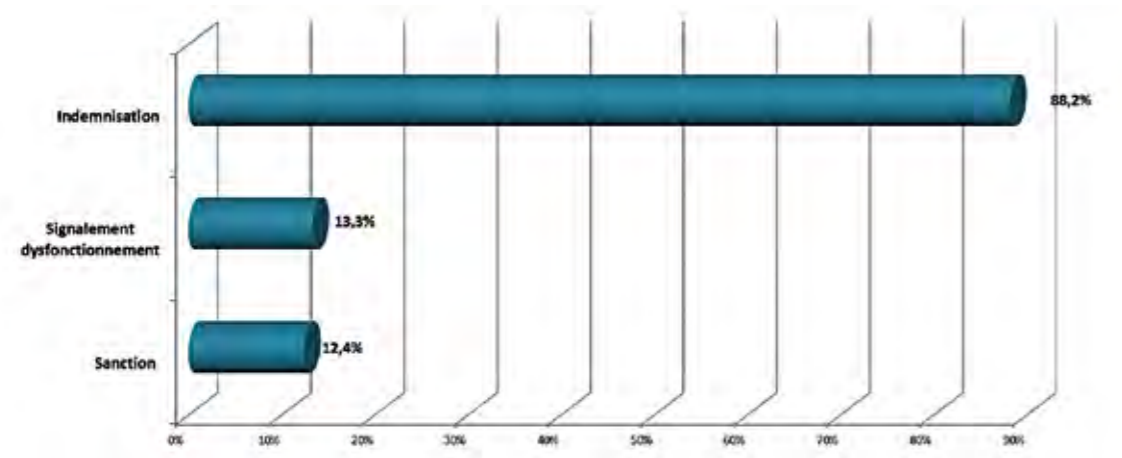
L'INDEMNISATION AMIABLE DES PRÉJUDICES DÉCOULANT D'UN ACCIDENT MÉDICAL FAUTIF OU NON FAUTIF : ENCORE DES CHANTIERS À CONQUÉRIR



Ma mère est décédée il y a un mois dans un CHU. Elle a subi une opération cardiaque bénigne dans ce même établissement mi-mars, l'intervention s'est bien passée et elle a pu rentrer chez elle 3 jours plus tard. Ensuite, elle s'est plainte de douleurs à l'œsophage (le médecin traitant lui a donné un traitement pour soulager ces brûlures) jusqu'au jour où elle a fait un malaise (une dizaine de jours plus tard) et a donc été transférée de nouveau au CHU. Elle est tombée dans le coma et les médecins se sont aperçus qu'elle avait l'œsophage perforé. Ils l'ont opérée mais malheureusement elle est décédée après avoir passé 7 semaines au service réanimation avec beaucoup de complications. Le chirurgien qui l'a opérée du cœur nous a reçu et nous a dit que son œsophage avait été perforé lors de son intervention chirurgicale. Mon père avait contracté une assurance « accidents vie et famille » qui couvre l'accident médical : l'assurance nous a d'ailleurs transmis un document à compléter. Ma question est la suivante : vaut-il mieux compléter ce document pour l'assurance ou bien monter un dossier auprès de la CCI de notre région ? Nous sommes un peu perdus et souhaiterions des conseils de votre part.

C'est très souvent à ce stade antérieur à une éventuelle procédure, parfois même en étant encore moins avancés dans celle-ci, que les victimes ou leurs proches ou ayants droit contactent Santé Info Droits. L'accident s'est produit : il faut désormais comprendre ce qui a pu se passer, souvent chercher une réparation et parfois même une sanction.

Répartition des appels portant sur « Accident médical » en fonction du but poursuivi par l'appelant



Les commissions de conciliation et d'indemnisation, les CCI, créées en 2002 par la « Loi Kouchner », poursuivent, depuis 15 ans, l'objectif de faciliter l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux graves en leur proposant une voie de recours alternative à la voie judiciaire.

Procédure comprenant une expertise médico-légale gratuite et contradictoire, la saisine de la CCI permet une étude individualisée de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale. L'expert spécialisé et formé à cet effet remplit la mission d'établir un lien, le cas échéant, entre l'acte médical et le dommage subi par le demandeur ainsi que de lister les préjudices, qu'ils soient économiques ou moraux.

Le temps de l'expertise est fondamental pour permettre à la victime d'exprimer l'ampleur de ses préjudices.



J'ai des gros problèmes urologiques depuis une intervention chirurgicale que j'ai subie il y a quatre ans et demi. Sur les conseils de mon médecin, j'ai saisi la CCI. Un expert judiciaire urologue a été désigné. J'étais seul pendant la réunion d'expertise avec les assureurs, le médecin concerné, les avocats adverses J'étais très impressionné. Mon dossier a été étudié et l'expert a dit qu'il n'y avait pas de fautes et que je n'étais pas consolidé. Or, je ne comprends pas cette non-consolidation. Que puis-je faire ?

On constate ici à quel point l'équilibre des forces n'est pas assuré dans de bonnes conditions alors même que le demandeur est dans une situation de vulnérabilité morale, médicale et financière.

Ce n'est pas parce que la procédure devant la CCI est gratuite qu'elle ne génère pas des coûts pour les parties, en particulier si l'on tient à ce qu'elles soient bien conseillées tout au long de celle-ci. Il faut noter que les professionnels ou établissements de santé bénéficient obligatoirement d'une assurance responsabilité professionnelle dont le rôle est d'accompagner leurs assurés dans les procédures les mettant en cause. Afin que la victime, la plupart du temps néophyte sur le plan du droit de la responsabilité médicale, ne se trouve pas seule devant des médecins chevronnés, il lui faut elle aussi être accompagnée.

C'est la raison qui pousse les associations d'usagers à revendiquer, depuis des années, une aide financière octroyée dès le début de la procédure à tous les demandeurs dont le dossier se voit présenter en expertise.

Cette aide serait accordée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), organisme gestionnaire de tout le dispositif, sous la forme d'un forfait en début de procédure en vue du bénéfice de l'assistance et du conseil d'une association, d'un médecin et/ou d'un avocat spécialisé(s).

Les associations ayant été rejointes, sur cette revendication, par le Défenseur des droits, la Cour des comptes et l'Inspection générale des affaires sociales, il nous faut espérer une mise en œuvre rapide pour éviter des situations comme celles-ci :



Mon mari a été opéré et depuis il a une paralysie du nerf radial. L'avocat pense qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique et que si c'est le cas nous pourrions être indemnisés par l'ONIAM. Il nous a orientés vers un médecin conseil qui nous demande 360€. Nous n'avons pas les moyens de payer cette somme. Comment faire ?



Je suis victime d'une infection nosocomiale suite à une intervention chirurgicale en mai 2014. Depuis ce jour, fonctionnaire, je suis en arrêt longue maladie, et depuis le mois de mai 2015 (je n'ai pu reprendre mes activités, suite à une IPP de plus de 8%, déclarée non consolidée par expertise judiciaire mandatée par la CCI de mon département) je suis à demi-traitement. Je souhaite obtenir une provision pour faire face à la vie quotidienne et je ne sais pas auprès de qui m'adresser pour m'aider. Je suis en très grande difficulté financière.

Une fois le temps de l'expertise passé, vient celui de l'avis de la Commission de conciliation et d'indemnisation. Celle-ci est composée des représentants de toutes les parties prenantes : les représentants des usagers (donc des victimes), des professionnels et établissements de santé, des assureurs, de l'ONIAM (payeur en cas d'aléa thérapeutique et en cas de carence de l'assureur du responsable) et enfin de personnes qualifiées dans le domaine de la réparation du dommage corporel.

Lors de la réunion de la commission, sur la base du rapport d'expertise, et après avoir entendu la victime ou son représentant, les membres rendent un avis sur l'existence ou non d'un accident médical et sur les préjudices à indemniser issus de l'accident.

Cet avis n'est pas opposable au responsable de l'accident ou au payeur puisque la CCI est une instance de règlement amiable et non une juridiction avec des pouvoirs d'injonction.

Dès lors, les victimes subissent de plein fouet les refus d'indemnisation qui peuvent suivre un avis pourtant positif de la CCI :



J'ai été opéré du canal carpien et j'ai été loupé par le chirurgien qui a reconnu l'accident médical. J'ai saisi la CCI qui a reconnu l'accident médical mais l'ONIAM remet en cause la décision et refuse l'indemnisation. On me dit de faire appel, je ne comprends rien...

En matière d'incompréhension, une autre difficulté est souvent évoquée par les victimes confrontées à un accident médical : la notion de « prise en compte de leur état de santé antérieur ».

Qui dit accident médical dit, dans la majorité des cas, pathologie ou handicap préexistant à l'acte de soins, de prévention ou de diagnostic en cause puisque c'est l'état de santé initial qui pousse l'utilisateur à consulter un professionnel ou un établissement de santé. La pratique récurrente des CCI (en examen de la recevabilité des dossiers des victimes) et de l'ONIAM (au moment de l'indemnisation des préjudices) consiste à faire le tri entre ce qui, selon eux, relève

des préjudices dus à l'état antérieur de la victime et ce qui relève spécifiquement de l'accident médical :



Mon mari est décédé à la suite d'une hospitalisation. Il est allé à l'hôpital pour poser un stent mais il allait bien. Ses jambes se sont gangrenées on a dû l'amputer, puis il est décédé. On a rien eu de la part de l'ONIAM qui a considéré que le décès était lié à son état antérieur. Qui peut nous aider à faire valoir nos droits ?

Cette démarche est condamnée par les associations de défense des victimes car, d'une part, elle est arbitrairement mise en œuvre, et d'autre part, elle va à l'encontre du principe général de réparation intégral des préjudices.

DROIT À L'INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS : COMMENT ANTICIPER LES SITUATIONS OÙ LE RECUEIL ET L'EXPRESSION DEVIENNENT IMPOSSIBLES ?

Le constat est assez simple à faire sur la base des situations qui remontent sur Santé Info Droits : des usagers d'établissements de santé, plus souvent accueillis en urgence à la suite d'un accident mais aussi parfois déjà suivi au sein de l'établissement, se trouvent hors d'état de recueillir l'information sur les soins que l'équipe médicale envisage de leur prodiguer ainsi que de consentir à la délivrance de ces mêmes soins.

Dans cette même situation, leurs proches sont alors à la recherche d'informations et peuvent se voir renvoyer le respect du secret médical :



Mon concubin est actuellement hospitalisé en psychiatrie pour une grosse dépression et les médecins ne veulent rien me dire sur son état de santé ni m'informer sur son traitement. Son état s'est aggravé et il semblerait qu'il soit désormais maintenu en hospitalisation sous contrainte. Il n'a plus de discernement et je m'interroge sur ce que je pourrais faire pour le protéger.



Ma sœur est hospitalisée, probablement en soins palliatifs, et je n'arrive pas à avoir de l'information sur son état de santé. Je suis très inquiète et trop loin géographiquement pour la voir. Je suis sa seule famille. Mes autres sœurs sont déjà décédées. Que puis-je faire ?

Pour anticiper ces situations qui, une fois réalisées, se trouvent être inextricables juridiquement, il existe des dispositifs, encore trop peu connus.

► La personne de confiance



J'ai une amie qui a la maladie de Parkinson et je veux savoir comment faire pour avoir un droit de transmettre ses désirs auprès des médecins si elle ne peut plus le faire ? C'est quoi la personne de confiance ?

Aux termes de l'article L1111-6 du Code de la Santé publique, la personne de confiance désignée par tout usager majeur « sera consultée au cas où [il] serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de dési-

gner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation. »

Mais la personne de confiance ne décide pas à la place de la personne malade qui conserve pleinement l'exercice de ses droits, notamment si elle est en état d'exprimer sa volonté, contrairement à ce que souhaiterait notre appelante ci-dessous :



Ma mère est hospitalisée et actuellement elle refuse de s'alimenter de boire et toute perfusion. Je suis sa personne de confiance. Je refuse cette situation mais les médecins me disent respecter la volonté du malade. Moi je ne suis pas d'accord.

Une fois que la personne de confiance est amenée à jouer pleinement son rôle de relais de la volonté de la personne malade, lorsque cette dernière est hors d'état d'exprimer sa volonté, toutes les difficultés ne sont pas pour autant résolues, notamment sur le plan relationnel et familial :



Mon frère est hospitalisé. Il a été victime d'une rupture d'anévrisme mais il va mieux, il a recouvré la vue. Il avait désigné sa fille en tant que personne de confiance. Elle est de ce fait la seule interlocutrice de l'équipe médicale et refuse de communiquer avec les autres membres de la famille concernant la situation médicale de son père. Que faire ?



Je suis médecin réanimateur dans un établissement de santé. Un de nos patients est actuellement intubé, et après un coma artificiel est en train de se réveiller. Ce patient est témoin de Jéhovah et nous venons de voir dans ses papiers un document nous invitant à ne pratiquer aucune transfusion sanguine et désignant une personne de confiance et une suppléante. La personne de confiance est décédée et la suppléante exprime des souhaits différents que ceux exprimés par la famille. La désignation d'une personne de confiance suppléante est-elle régulière ?

► Les directives anticipées



On vient de me diagnostiquer un cancer de la peau et je veux savoir, même si j'en suis qu'au tout début, comment je peux éviter l'acharnement thérapeutique ?

Toute personne peut faire connaître par écrit ses volontés relatives à sa fin de vie concernant les conditions de poursuite, de limitation, d'arrêt ou de refus de traitements ou d'actes médicaux.



Les directives anticipées concernent-elles les personnes âgées hébergées en EHPAD, non atteintes de maladies visées par la « fin de vie », mais en état de dépendances physique et cognitive, ne leur permettant plus d'exprimer leurs besoins, volontés, décisions relatives à leur santé et prise en charge ?

La production de directives anticipées dans un tel contexte n'est pas adaptée car, à ce stade de conscience, il est trop tard pour rédiger ses propres directives puisqu'elles ne pourraient constituer une expression libre et éclairée de sa volonté. Le médecin traitant doit informer de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées.

Les directives s'imposent au médecin sauf, en cas d'urgence vitale, dans l'attente d'une évaluation complète de la situation et sauf lorsque les directives lui apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.



J'appelle pour une personne en fin de vie. Les médecins envisagent la fin de l'hydratation et l'ont placé sous sédation et sous anxiolytique alors qu'elle a exprimé, par ses directives anticipées, vouloir être consciente le plus longtemps possible. Les médecins ne sont-ils pas tenus de suivre ces directives ?

Les décisions de refus d'application des directives du patient sont soumises à une procédure collégiale, inscrites dans le dossier médical et expliquées à la personne de confiance ou, à défaut, à la famille et aux proches.

Les directives anticipées peuvent à tout moment être révoquées ou modifiées. Elles sont valables indéfiniment. Pour une meilleure effectivité, il convient de les conserver sur soi, de les confier également à son médecin traitant, à sa personne de confiance qui doit s'en faire le relais. Elles peuvent également être intégrées au sein de son dossier médical.

On se rend compte à quel point une meilleure connaissance de ce dispositif permettrait d'éviter ou d'apaiser de nombreuses situations conflictuelles alors que la fin de vie correspond toujours à une étape émotionnellement complexe à vivre pour les personnes directement concernées et leur entourage.

► Le don d'organes



Voulant faire don de mon corps à la science, je m'étais renseigné aussi pour faire le don d'organes. Je viens de recevoir un courrier de leur part pour remplir les papiers. Mais ce que je me demande c'est si je peux faire les deux ou s'il faut que je choisisse l'un ou l'autre ?! Merci de me répondre, car je préférerais faire don de mon corps à la science.

2016 a vu naître une modification importante du régime juridique relatif au prélèvement d'organes et de tissus issus du corps humain.

Avant la loi de modernisation de notre système de santé, il fallait manifester sa volonté expresse de voir ses organes prélevés à son décès, pour que la démarche puisse être effectuée sans difficulté juridique par l'équipe médicale. Désormais, sauf si elle a exprimé de son vivant son refus de donner ses organes, toute personne décédée est présumée consentir au prélèvement de ses organes.

Toute personne âgée d'au moins 13 ans peut s'inscrire sur le registre national automatisé des refus de prélèvements confié à l'Agence de biomédecine (sur papier libre ou via un formulaire dédié) ou en confiant un document écrit, daté et signé à un proche. On peut refuser d'être prélevé de l'ensemble de ses organes ou seulement de certains. Aucun prélèvement d'organes ne peut être effectué sans que le registre des refus n'ait été préalablement et obligatoirement consulté.

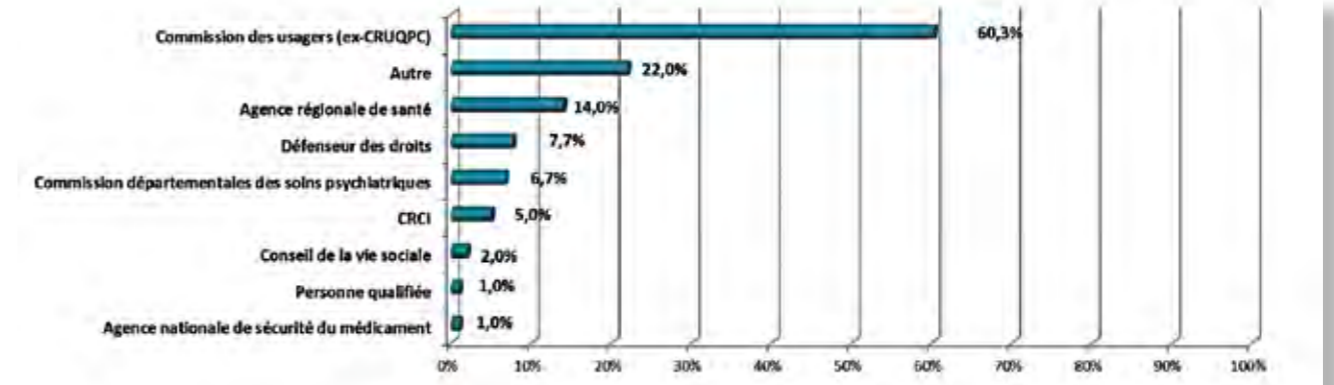
LE RÔLE DU REPRÉSENTANT DES USAGERS FACE AUX PLAINTES ET RÉCLAMATIONS DES USAGERS D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les représentants des usagers du système de santé sont des personnes physiques, membres d'associations agréées en santé (associations de personnes malades, âgées, retraitées, en situation de handicap, de consommateurs ou d'associations familiales). Ils sont en général bénévoles et exercent leur mandat à titre gratuit, ils sont indemnisés pour certains frais occasionnés et certaines formations.

Le plus grand nombre de mandats de représentants des usagers s'exerce au sein des « commissions des usagers » des établissements de santé (anciennement nommées « commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », CRUQPC).

C'est d'ailleurs largement l'instance la plus concernée par les problématiques des usagers contactant Santé Info Droits lorsqu'ils souhaitent signaler un dysfonctionnement dans leur recours aux soins, la commission des usagers paraissant l'interlocuteur à saisir dans la majorité des situations.

Répartition des instances saisies ou souhaitant être saisies par les usagers, en cas de dysfonctionnement

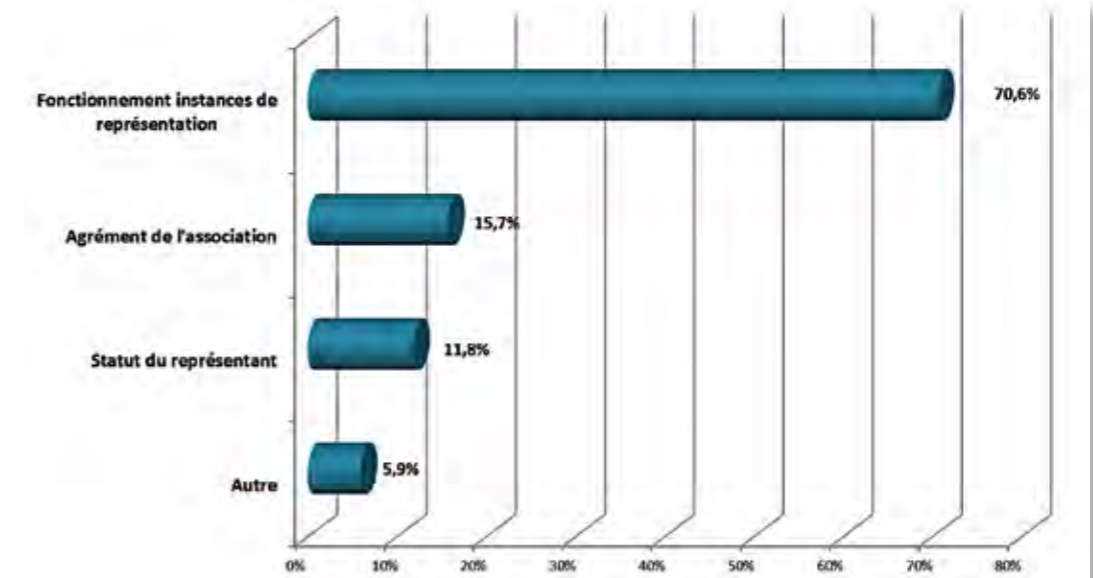


J'ai suivi vos conseils et j'ai pris contact avec un représentant des usagers au sein de l'hôpital et cela a très bien marché. Je voudrais savoir si dans les cliniques aussi il y a aussi des représentants des usagers et comment les contacter car j'ai demandé à l'entrée et le service n'a pas apprécié du tout ma demande...

La commission des usagers, obligatoirement mise en place dans tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, veille au respect des droits des usagers et à la qualité de la prise en charge. Elle est composée, dans sa formation de base, du représentant légal de l'établissement, de deux représentants des usagers, de deux médiateurs (un médecin et un non médecin).

Santé Info Droits intervient régulièrement en soutien technique des problématiques rencontrées par les représentants des usagers dans l'exercice de leur mandat.

Nombre de questions de représentants des usagers portent sur le mode de fonctionnement et d'organisation des instances de représentation.



Comme ci-dessous, la question, de plus en plus récurrente, de la présidence de la Commission, désormais ouverte depuis la loi Touraine de 2016 à d'autres membres que le représentant légal de l'établissement.



Est-ce que les suppléants (des représentants des usagers, en l'occurrence) peuvent se présenter à l'élection à la présidence de la Commission ? A l'hôpital public, les suppléants n'ont pas voté et n'ont pas posé de candidature. Mais à l'hôpital privé, il n'y a pas eu de vote (encore ?) et une suppléante envisage de se présenter à la vice-présidence : il manquait beaucoup de monde et on a donc discuté des élections et des candidatures sans vote véritable... Venant d'arriver dans cet établissement, je cherche un peu mes marques et veut assurer mes arrières avant d'intervenir. J'ai relu les textes qui indiquent simplement que les représentants des usagers titulaires et suppléants (comme les autres membres) font partie de la commission des usagers. Or, je vais demander des élections en bonne et due forme avec la liste nominative des membres de la commission restreinte et de celle de la commission élargie en rappelant les textes et la juste interprétation. Je cherche donc à renforcer mon argumentation.

Comme le constate ce représentant des usagers déjà bien renseigné, les textes sont silencieux en la matière, ce qui n'interdit pas d'apporter l'éclairage suivant :

Ainsi, sont éligibles à la fonction de Président de la Commission des usagers : les membres titulaires de la formation restreinte de la commission, soit le responsable de l'établissement, les deux médiateurs et les deux représentants des usagers, sachant que si un RU est président le second ne peut être vice-président (idem pour les médiateurs). Seuls les membres titulaires sont éligibles parce que, dans une instance quelle qu'elle soit, le suppléant ne siège avec voix délibérative que si le titulaire est absent. Donc si un suppléant était président ou vice-président, il ne pourrait pas siéger, ou en tous cas ne pas voter quand le titulaire est présent. C'est inenvisageable. Un titulaire est un titulaire et un suppléant un suppléant !

Quand un texte évoque les membres d'une commission, il sous-entend les titulaires, même si des règlements intérieurs peuvent prévoir la participation de suppléants aux réunions y compris en cas de présence du titulaire.

Au-delà de ces questions statutaires, les représentants des usagers interrogent régulièrement Santé Info Droits sur le respect des droits des usagers de l'établissement, porteurs de réclamations.

En effet, tout usager doit être en mesure d'adresser une plainte ou une réclamation écrite au représentant légal de l'établissement. La procédure est bien encadrée par les textes du Code de la Santé publique (articles R1112-91 à R1112-94). Un médiateur est alors saisi de cette demande. Le médiateur médecin est compétent pour connaître les plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Ils peuvent aussi être saisis simultanément.

Le médiateur rencontre ainsi l'usager, auteur de la plainte. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine et, dans la mesure du possible, avant sa sortie de l'établissement, pour un usager encore hospitalisé.

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

Malgré ce cadre extrêmement précis et détaillé, il nous remonte des problématiques très étonnantes en la matière :



Je suis RU dans un établissement privé. Au cours de la dernière CRUQPC [désormais, commission des usagers], nous avons eu une synthèse des plaintes et réclamations. La lecture des résumés des réponses m'interroge. Sur une trentaine de plaintes ou réclamations présentées, je retrouve 13 réponses identiques : « Rappel que les praticiens exercent à titre

libéral au sein de l'établissement ». Est-ce une réponse satisfaisante et normale ? Si la plainte porte sur un problème médical ou lié aux soins, qui est responsable ? Clinique ou praticien ? La prochaine réunion ayant lieu dans une dizaine de jours, j'aimerais être mieux armé sur ce sujet.

Ce témoignage est riche car il nous permet d'explorer trois aspects techniques autour du rôle de la Commission des usagers et de ses membres.

Premièrement, on apprend que le représentant des usagers (ainsi que les autres membres très probablement) ne reçoit qu'une « synthèse des plaintes et réclamations ».

Les textes disposent sur cette question que **« l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. »**

Le RU peut dès lors ne pas se contenter de cette synthèse en sollicitant la consultation des plaintes et réclamations selon les modalités prévues au règlement intérieur de l'instance.

Ensuite, la question de la réponse standardisée récurrente interroge très fortement car la procédure de saisine de la commission impose un examen individualisé de la plainte, notamment par l'intervention d'un des médiateurs. Une telle pratique va complètement à l'encontre de l'esprit du dispositif.

Enfin, sur la problématique juridique soulevée par les usagers de la responsabilité professionnelle, l'établissement de santé mettant à disposition ses locaux et ses ressources humaines au profit d'un professionnel en exercice ne peut aucunement se dédouaner de toute responsabilité. Un examen des événements qui se sont déroulés dans chaque situation nous semble être un préalable indispensable à une éventuelle exonération de responsabilité finale.

UNE LIMITE AUX DROITS DES MALADES DANS LEUR RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ : LES DÉSERTS MÉDICAUX – NOTRE ENQUÊTE FLASH 2016

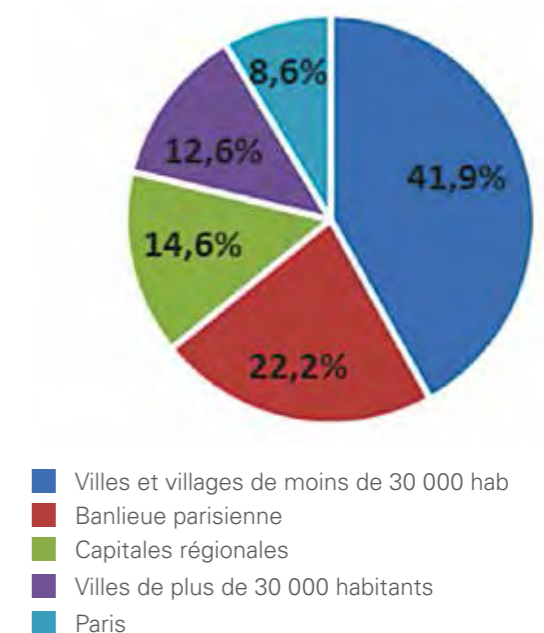
Chaque année, une enquête flash est administrée auprès des appelants de Santé Info Droits à l'issue des entretiens téléphoniques. Ces enquêtes permettent soit d'alimenter les problématiques déjà habituellement soulevées sur la ligne soit d'élargir notre angle de vue. C'est ce second choix qui a été fait cette année. Peu évoquée spontanément par les usagers dans le cadre de notre champ d'intervention, la question de l'accès géographique aux professionnels de santé est pourtant un élément déterminant du droit des personnes malades dans leur recours au système de santé.

202 personnes ont répondu à cette enquête menée entre le 21 novembre et le 7 décembre 2016.

Avant de s'intéresser de plus près aux résultats, quelques précisions concernant le lieu de vie des répondants. Si 30% d'entre eux vivent en Ile-de-France, une part non négligeable vit en région dans des villes de moins de 30 000 habitants. Alors que nous nous attendions à des résultats contrastés suivant la zone géographique considérée, à de rares exceptions, il n'en a rien été.

Pour cette raison, les résultats sont présentés dans leur globalité, sans distinction géographique, en mentionnant le cas échéant quelques particularités :

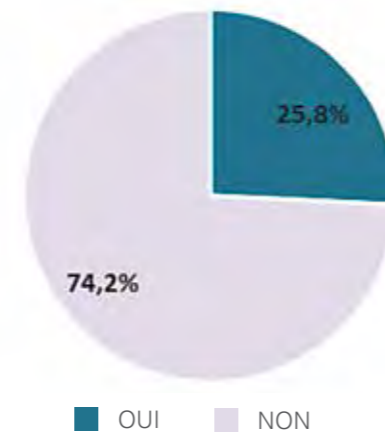
LIEU DE RÉSIDENCE



Premier sujet d'interrogation, l'accès rapide au médecin généraliste :

AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR RAPIDEMENT UNE CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

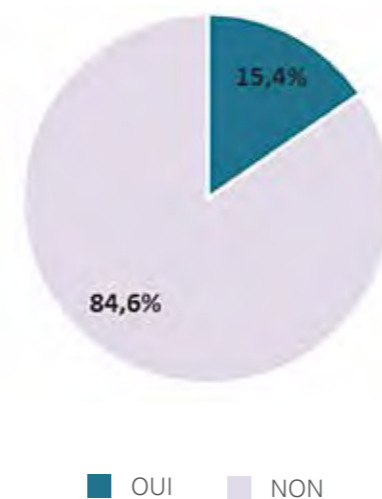
Près d'un quart des personnes interrogées ont ainsi fait part de leurs difficultés en la matière, ce taux atteignant d'ailleurs jusqu'à 32,5% pour les villes et villages de moins de 30 000 habitants.



Les difficultés en matière de désignation du médecin traitant apparaissent moins aiguës :

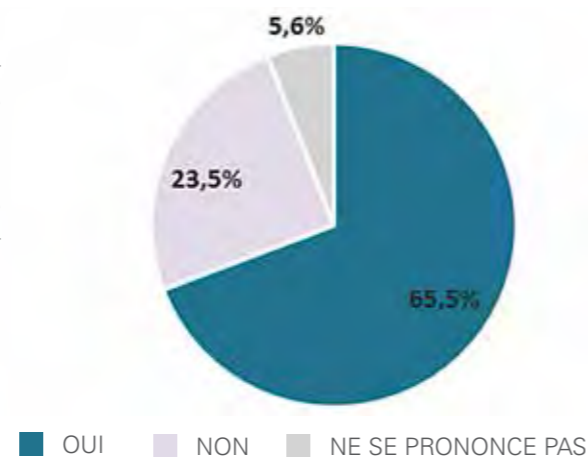
AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS POUR DÉSIGNER UN MÉDECIN TRAITANT ?

Toutefois, il convient de remarquer que, pour cette question, les enjeux autour de la rapidité de l'accès n'étaient pas explicites et que même plus limitée quantitativement, ces difficultés de désignation d'un médecin traitant n'en restent pas moins préoccupantes quand on connaît le rôle pivot du médecin traitant dans la prise en charge des patients. En effet, le défaut de médecin traitant déclaré auprès la Sécurité sociale conduit le patient, assuré social, à ne pas respecter le parcours de soins coordonnés et ainsi se trouve pénalisé dans le remboursement de ses soins, sans qu'il soit personnellement responsable de cette situation. Il appartient à l'Assurance maladie de mettre les usagers en capacité de pouvoir respecter les règles de « responsabilité » établies.

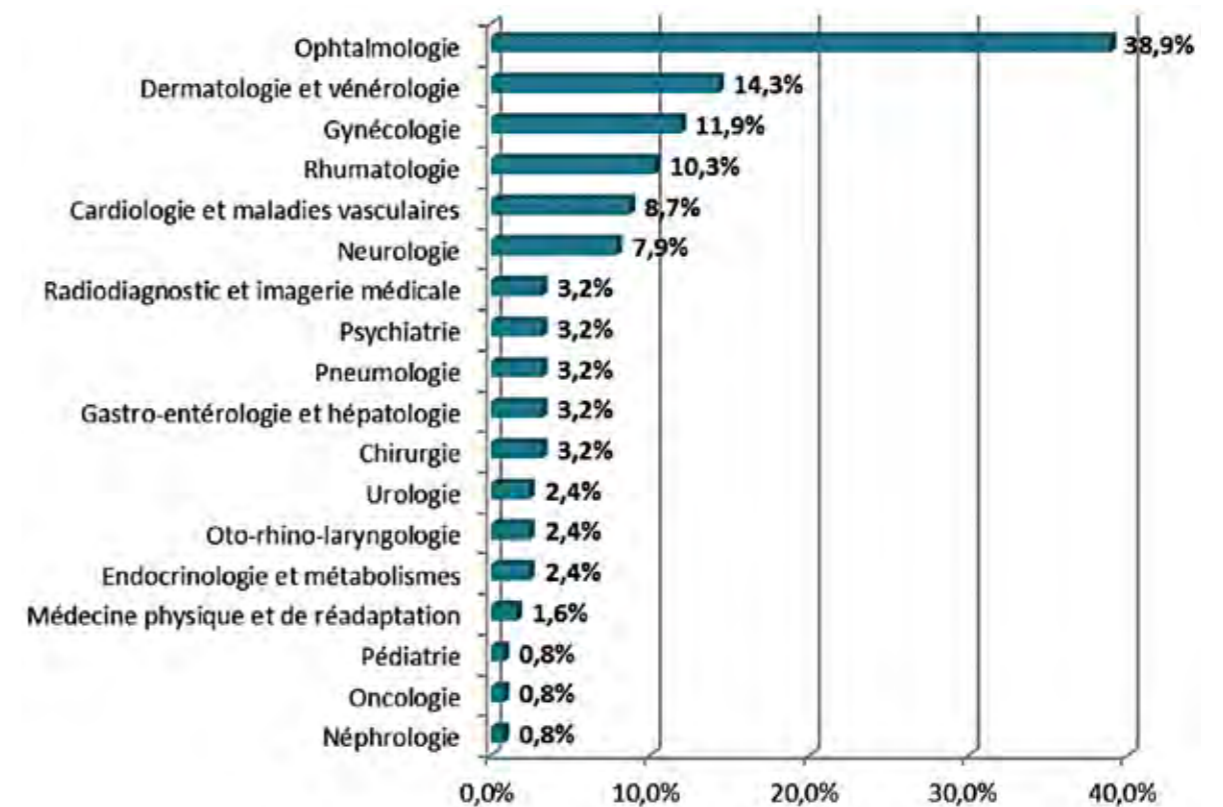


AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR RAPIDEMENT UNE CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ?

Quand on évoque les difficultés d'avoir accès rapidement à un médecin spécialiste, les chiffres se dégradent fortement, la palme étant de loin à attribuer aux ophtalmologues, certainement aussi parce qu'ils font partie des spécialistes consultés par le plus grand nombre de personnes en population générale.

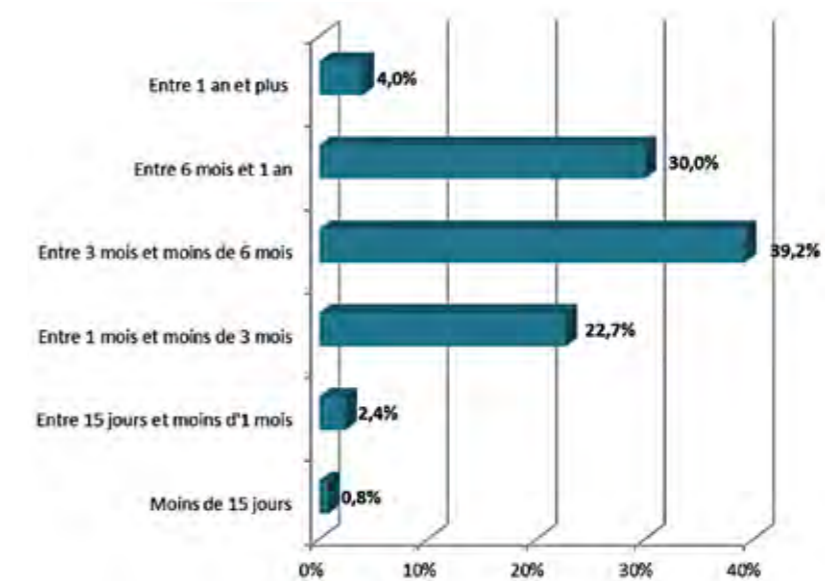


EN CAS DE DIFFICULTÉ QUELLE ÉTAIT LA SPÉCIALITÉ ?



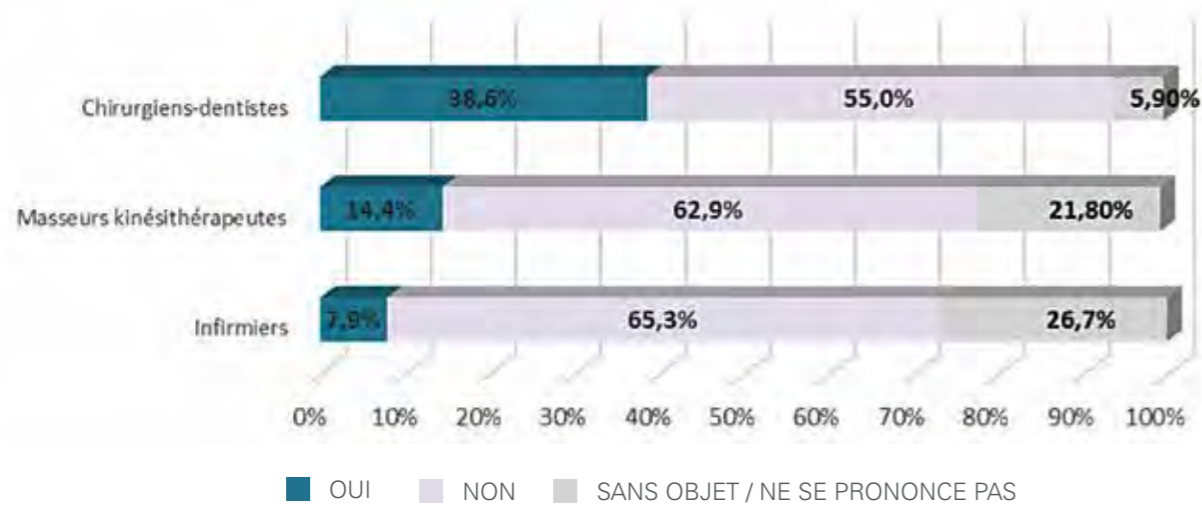
Les délais évoqués par les personnes ayant déjà rencontré des difficultés à consulter un spécialiste sont conséquents. Plus d'un tiers des personnes évoquent des délais supérieurs à 6 mois et trois sur quatre, des délais supérieurs à 3 mois.

EN CAS DE DIFFICULTÉ QUEL A ÉTÉ LE DÉLAI POUR OBTENIR UN RENDEZ-VOUS ?



En ce qui concerne l'accès à d'autres professionnels de santé que les médecins, si l'accès rapide aux chirurgiens-dentistes apparaît problématique, cela est nettement moins vrai pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers exerçant en libéral.

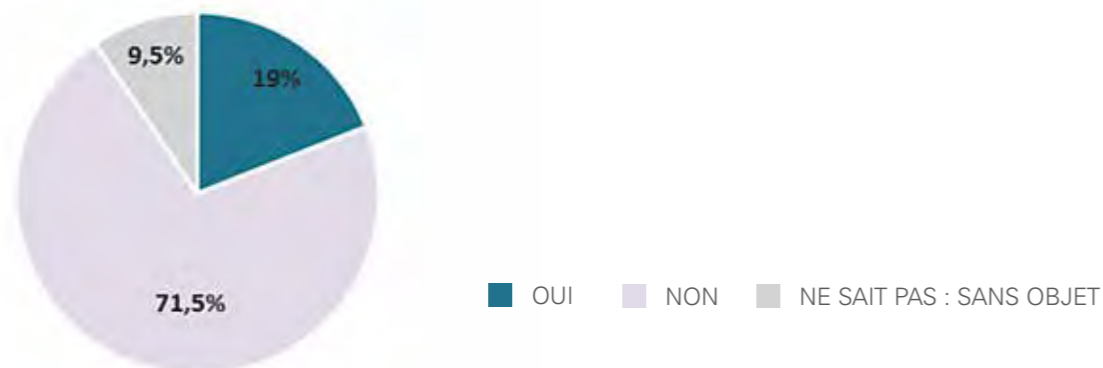
AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR RAPIDEMENT UN RENDEZ-VOUS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS SUIVANTS ?



Les infirmiers libéraux étant soumis à des règles encadrant leur lieu d'installation via un conventionnement sélectif avec l'Assurance maladie, on peut logiquement penser que c'est l'une des raisons pour lesquelles leur accès reste assez facilité sur l'ensemble du territoire.

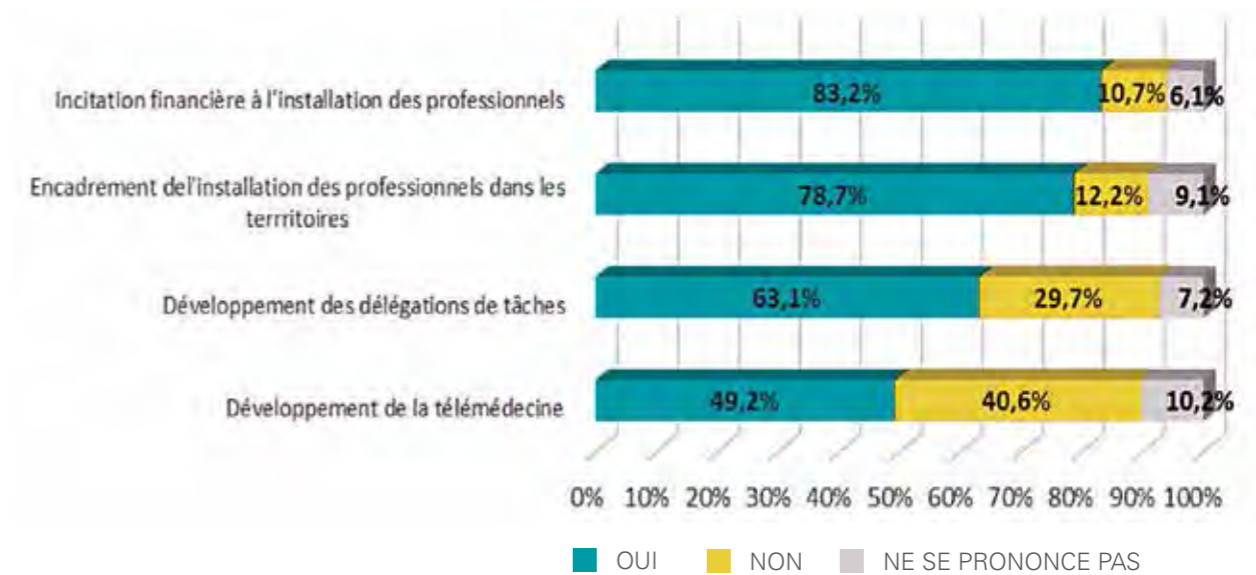
Enfin, dernier lieu de soins évoqué, les établissements de santé, 1 répondant sur 5 exprimant avoir déjà été confronté à des difficultés d'accès rapide à un établissement de santé en proximité de son domicile.

AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR RAPIDEMENT UNE CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ?



Au-delà de l'expression de ces difficultés personnelles, il nous a paru pertinent de questionner nos interlocuteurs sur leur sentiment quant à différentes mesures à mettre en œuvre, proposées par de nombreux acteurs dont les associations et en particulier France Assos Santé, pour améliorer l'accès géographique aux soins et lutter contre les déserts médicaux.

ÊTES-VOUS FAVORABLE AUX MESURES SUIVANTES :



Ces résultats montrent un attachement fort des personnes à leurs médecins et au contact direct avec ceux-ci. En effet, les mesures les plus plébiscitées sont liées à celles visant à répartir différemment les professionnels sur le territoire. Les mesures concernant les délégations de tâches des médecins vers d'autres professionnels de santé (comme les infirmiers ou les pharmaciens, par exemple) et le développement de la télémédecine rencontrent un soutien plus modéré. Il est de toute façon nécessaire de jouer sur l'ensemble des leviers à la disposition des autorités chargées de l'organisation des soins et de l'activité des professionnels de santé.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Droits des malades dans leur recours au système de santé » 2016

J'ai été victime d'un retard de prise en charge médicale lors d'une détention en maison d'arrêt. Comment faire évaluer mes préjudices ?

Mon compagnon a été opéré de l'oreille pendant son incarcération. Des antibiotiques auraient dû être prescrits à la suite de cette opération mais ça n'a pas été fait. Du coup, ça s'est infecté et il a finalement été réopéré. Seulement, il est resté sourd de l'oreille en question. Le médecin a dit que c'était dû à un aléa. Nous avons adressé une demande d'indemnisation à la CCI mais nous n'avons pas eu de retour depuis près de 1 an et personne ne décroche au téléphone. Est-ce normal ?

J'ai un problème avec un médecin que j'ai consulté pour mon fils qui avait besoin d'un cardiologue à cause d'un souffle au cœur. Pendant le rendez-vous je lui ai confié que mes jumeaux sont nés à la suite d'un don d'ovocyte. Le problème c'est qu'il l'a mis dans le dossier alors que je ne suis pas d'accord. En plus, il a envoyé un compte rendu avec cette information à mon médecin traitant et au médecin de la PMI. Je veux savoir comment je peux faire retirer cette information de mon dossier médical.

Je souhaite récupérer un dossier de mon hospitalisation à la naissance en 1998 qui comprend une opération à 6 jours et une opération à 5 mois de vie. Je suis aujourd'hui majeur. J'ai contacté mon hôpital en ayant pris connaissance de mon droit d'accès au dossier médical complet. J'ai eu une réponse rapide m'indiquant une grille de tarif :

- gratuit pour les éléments « importants »
- 30 euros pour le dossier complet
- 60 euros de plus pour les imageries
- 20 euros de plus pour un dossier datant d'avant 1999
- 8 euros de frais d'envoi (ce que je conçois).

Je ne comprends pas de tels frais pour des copies surtout que les imageries sont données sur CD-ROM et surtout je ne trouve aucune loi ou décret expliquant l'excès de 20€ pour un dossier datant d'avant 1999 puisqu'il doit être conservé 20 ans et dans mon cas, jusqu'à mes 28 ans puisque j'avais moins de 8 ans lors de mes opérations. Pouvez-vous m'éclairer sur ces méthodes car il m'est demandé de m'acquitter de la somme de 135 euros afin de récupérer mon dossier complet ?

Mon fils est schizophrène. Il a été hospitalisé à ma demande le 7 avril dernier et je viens d'apprendre qu'a priori le JLD n'a pas été saisi. Je ne comprends pas ce qui se passe. L'hôpital répond benoîtement... Mon fils me dit qu'il a signé un papier pour un transfert... Est-ce qu'il serait maintenant en hospitalisation avec consentement ?

Mon mari est actuellement hospitalisé et avait posé le boîtier recouvrant son nez artificiel après l'avoir lavé près du lavabo, hier soir. Ce matin, il n'y était plus. Or, cet appareil n'est remboursé qu'une fois tous les cinq ans par la Sécurité sociale et coûte 1000 euros. Que peut-on faire ?

Il y a deux représentants des usagers qui exercent une activité professionnelle et qui souhaiteraient savoir s'ils peuvent utiliser leurs 9 jours d'autorisation d'absence de congé de représentation pour faire de la formation. Et le droit individuel à la formation ? Ça fonctionne pour les formations du CISS ?

J'ai eu un cancer du sein en 2011, j'ai subi une mastectomie, mon médecin me fait faire une mammographie tous les ans, je vais dans un centre privé qui me facture 190€ pour mammographie du sein non malade et une échographie des 2 seins. Une fois le remboursement sécu + mutuelle intervenu, il reste à ma charge environ 60€. Mon médecin traitant m'informe que le centre de radiologie doit me facturer obligatoirement au tarif sécu puisque je fournis une ordonnance spéciale ALD, ce n'est pas le cas. Pouvez-vous me confirmer que la facturation tarif sécu est obligatoire dans mon cas ?

Le pharmacien m'indique qu'il ne sait pas comment clôturer mon dossier pharmaceutique et tente toujours de me convaincre que je dois le garder. Puis je le fermer moi-même ?

Ma fille est une grande prématurée. Elle est dans une salle commune avec plus d'une dizaine d'enfants. On trouve que cette promiscuité ne favorise pas son développement et constitue un risque de prolifération des maladies. Je suis en train de préparer une lettre pour la direction. Existe-t-il des textes que je pourrais invoquer ?

J'ai 72 ans. Je suis séropositive depuis 25 ans et j'ai aussi fait un AVC. Du coup, je vais depuis des années à l'hôpital en service dermato ou neuro. Je viens de changer de médecin traitant car le mien est parti à la retraite. Ça fait deux fois que le médecin indique VIH dans un encadré du bon de transport. En plus les ambulanciers ne sont pas des médecins soumis au secret. Mon ancien médecin traitant ou la dermato, personne n'a jamais indiqué VIH sur mes bons de transports. A-t-il le droit ? Ou est-ce que j'ai le droit de demander à ce qu'il n'en fasse pas mention ?

J'ai dispensé une formation dans un établissement de santé. Les infirmiers m'ont fait part de nombreux cas de maltraitance. Je me sens obligée de dénoncer. Qu'est-ce que je risque ? Est-ce que je le fais anonymement ?

Je souhaiterais savoir si un médecin, alors que je suis bénéficiaire de la CMU complémentaire, a le droit de me demander en plus de la consultation une somme symbolique entre 5 et 10 euros ? Par ailleurs, la secrétaire d'un gynécologue où j'ai emmené ma fille a conservé sa carte vitale tant qu'elle ne réglait pas la consultation, refusant aussi d'appliquer le tiers payant. Que puis-je faire ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres dans le Recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2016, disponible au format électronique sur le site Internet de France Assos Santé :

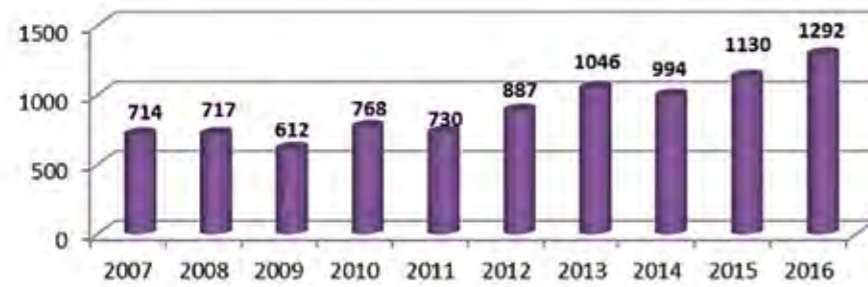
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



ASSURANCES ET EMPRUNTS

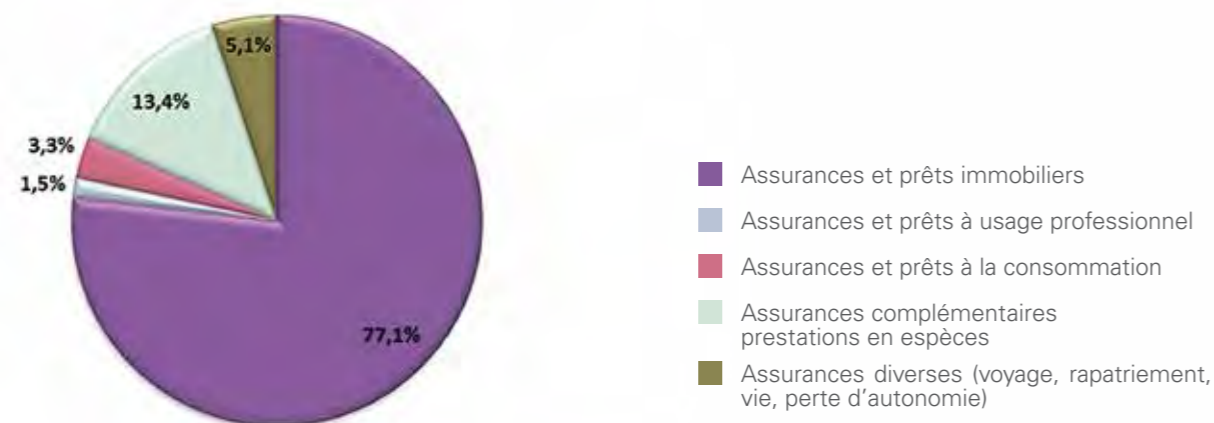
Représentant 13,6% de l'ensemble des sollicitations, les questions relatives aux assurances et à l'emprunt ont progressé de 14,3% cette année. Cette évolution survient après un mouvement comparable en 2015. La thématique « Assurances et emprunts » figure désormais, et pour la première fois, au deuxième rang des sujets de préoccupation les plus fréquents des utilisateurs de Santé Info Droits.

Évolution des sollicitations de la thématique « Assurances et emprunts » depuis 2007

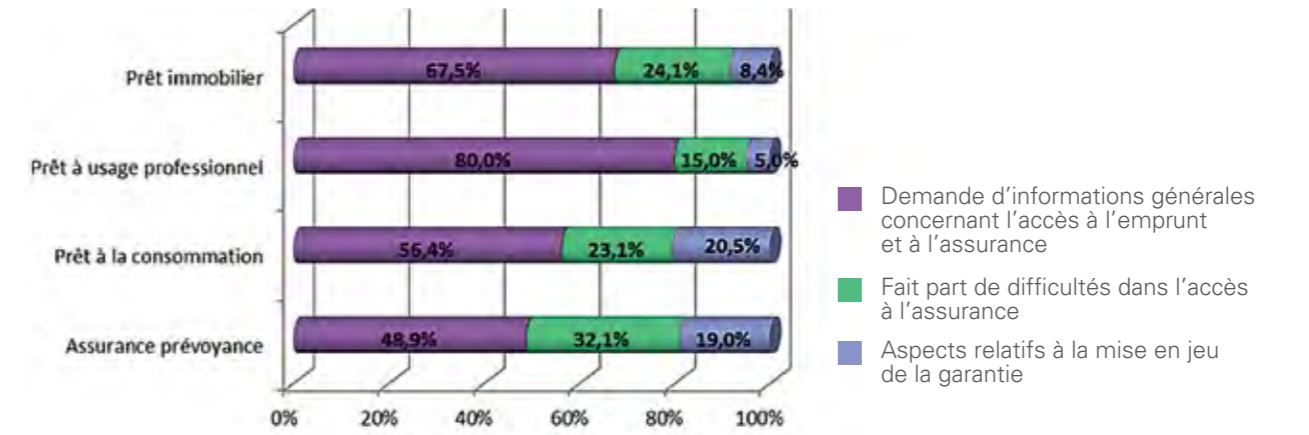


Ces questions portent sur différents types d'assurance mais la très grande majorité des situations, et de manière de plus en plus massive, concerne les assurances couvrant les prêts immobiliers qui représentent plus des ¾ des sollicitations en lien avec cette thématique.

Répartition des sollicitations selon l'objet de l'assurance



On peut dresser une typologie des sollicitations autour de 3 grandes catégories :



► Les demandes d'informations sur la possibilité d'accéder à l'assurance :



J'ai eu un cancer de sein il y a quelques années pour lequel je me suis fait retirer un sein et la chaîne ganglionnaire en décembre. Je souhaite procéder à l'achat d'un bien immobilier. Quelles sont mes chances de trouver une assurance ?

► Les témoignages faisant état de difficultés ou de l'impossibilité d'accéder à une assurance :



Je suis en train de chercher une assurance de prêt mais je n'y arrive pas car les assurances me considèrent en risque de santé aggravé. Les garanties m'ont été refusées au troisième niveau de la convention AERAS. Je ne comprends pas du tout pour quelle raison car je n'ai pas une grave maladie. J'ai juste une maladie qui n'est pas très connue et malgré laquelle je travaille et je fais du sport.

► Les difficultés résultant de demandes de mise en jeu de la garantie assurantielle :

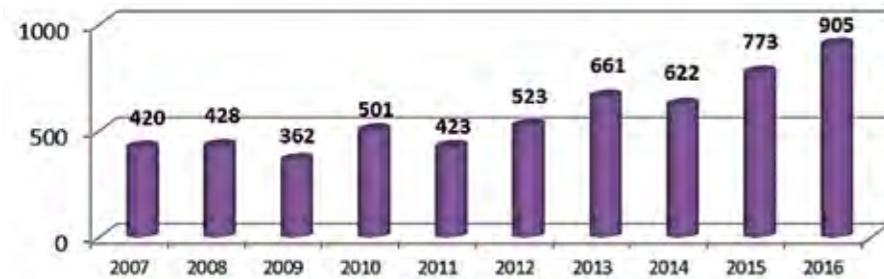


J'ai souscrit il y a quelques années deux prêts avec assurance. Le conseiller m'avait indiqué à l'époque qu'il était inutile de dire que je bénéficiais d'un traitement par Lévothyrox. Aujourd'hui l'assurance m'oppose une fausse déclaration pour ne pas débloquer la garantie. Pensez-vous que je puisse trouver aujourd'hui une autre assurance ?

Malgré l'existence de mécanismes prévus pour faciliter l'accès à une assurance aux personnes présentant un risque de santé considéré comme aggravé par les assureurs, tels que la convention AERAS pour les assurances couvrant les prêts ou bien encore la Loi Evin en matière d'assurance prévoyance, une part substantielle des sollicitations continuent de mettre en évidence de réelles difficultés pour les personnes déclarant leurs difficultés de santé y compris lorsqu'elles expliquent être par ailleurs en mesure de vivre une vie normale et notamment de travailler. C'est naturellement sur ces situations problématiques que porte notre attention.

Il est à noter, à ce propos, que l'augmentation de la thématique « Assurances et emprunts » trouve presque exclusivement sa source dans l'augmentation des questions relatives à l'accès à l'emprunt et à l'assurance couvrant les prêts immobiliers.

Évolution du nombre de sollicitations concernant l'accès à l'emprunt et à l'assurance couvrant le prêt immobilier

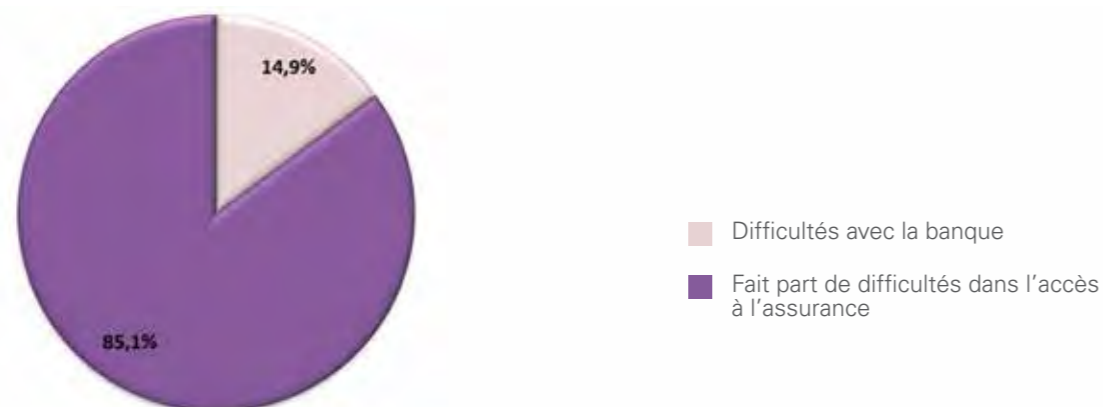


Une conjonction particulière de facteurs explique aisément cette augmentation de 30% en 2 ans du nombre des sollicitations autour de cette thématique : des taux d'intérêts historiquement bas et les récentes avancées en matière de droit à l'oubli ont incontestablement favorisé l'émergence de projets immobiliers nécessitant des explications sur les nouvelles dispositions existantes pour les personnes ayant été malades. Dans ce contexte dynamique, Santé Info Droits est en première ligne pour observer la mise en œuvre de ces nouveaux droits intégrés à la convention AERAS. Notre expérience nous amène ainsi à constater qu'un certain nombre d'incertitudes juridiques transparaissent. Or les incertitudes d'aujourd'hui seront les litiges de demain. A cet égard, nous détaillerons aussi les questions relatives aux mises en jeu de la garantie en cas de survenance de la maladie.

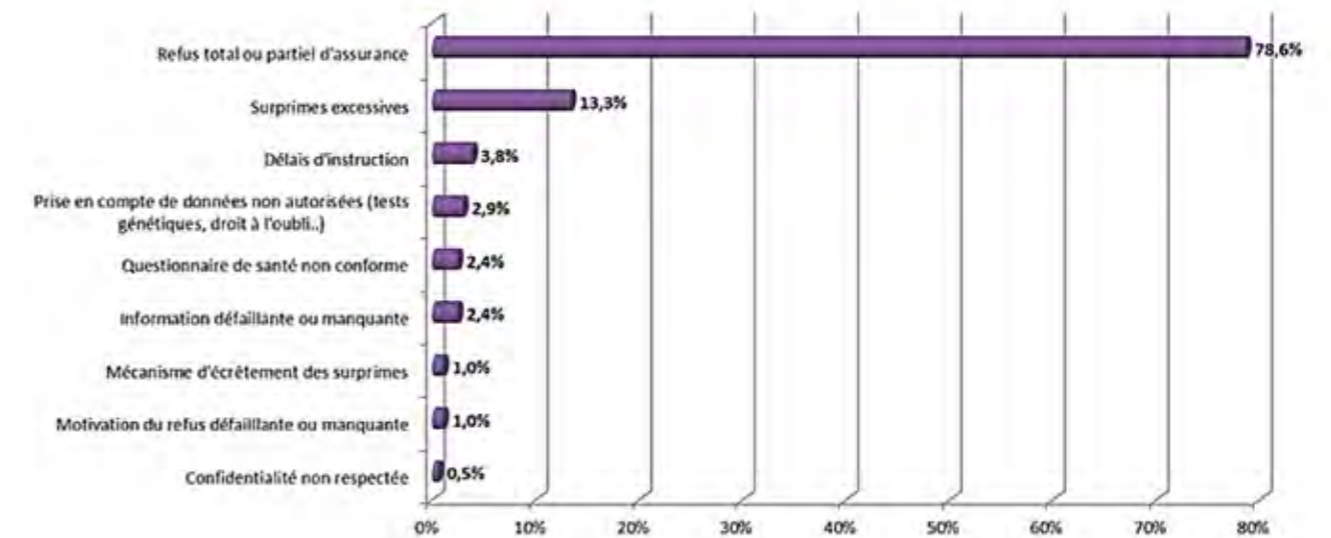
LA CONVENTION AERAS ET LES NOUVEAUX DROITS RÉSULTANT DE LA MISE EN PLACE DU DROIT À L'OUBLI ET DE LA GRILLE DE RÉFÉRENCE

Rappelons au préalable quelques éléments contextuels sur la question de l'accès à l'emprunt et à l'assurance. Si, de manière générale, la discrimination fondée sur l'état de santé est prohibée pénalement, des exceptions existent. C'est notamment le cas des contrats d'assurance couvrant les risques de décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité. Pour la couverture de ce type de risques, les assureurs sont donc autorisés à sélectionner les candidats à l'assurance par l'intermédiaire de questionnaires de santé et d'examens médicaux dont les résultats peuvent conduire à des refus d'assurances, des exclusions de garantie ou encore de conséquentes surprimes. Or, s'agissant des prêts immobiliers ou professionnels, le défaut d'assurance peut être rédhibitoire pour obtenir l'accord des établissements prêteurs.

Quand les personnes engagées dans leur projet nous font part des difficultés, elles se situent plus au niveau de l'assurance que de la banque :



Du point de vue assurantiel, au premier rang des difficultés et de loin, figurent les refus totaux ou partiels d'assurance :



Cet environnement juridique crée un contexte particulièrement hostile aux personnes malades et a donc nécessité la mise en place d'aménagements obtenus de façon progressive grâce à la mobilisation des associations. C'est ainsi qu'à la suite d'un processus conventionnel entre l'Etat, les représentants des banques et des assurances et des associations de patients, la convention Belorgey puis AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a vu le jour en 2001. Pas toujours bien identifiée, cette convention apparaît souvent aux yeux des candidats à l'emprunt comme un ultime espoir de mener à bien leur projet.



Ma compagne a une maladie auto-immune, et l'assurance de ma banque refuse de l'assurer pour un prêt immobilier. Son dossier a été évalué à plusieurs niveaux mais chaque fois la réponse est négative. Pourtant depuis son traitement, ses douleurs liées à la maladie sont devenues rarissimes, et cela n'a jamais nécessité un arrêt de travail. On m'a orienté vers la convention AERAS, mais je vous avoue, que je n'ai pas tout compris. Je ne sais pas si c'est un organisme indépendant, ou si cette convention est appliquée par l'ensemble des assureurs prêteurs. J'aimerais de l'aide, pour savoir comment l'assurer. Nous avons sollicité d'autres assureurs, mais les garanties ne correspondent pas aux critères de notre banque.

Devant être appliquée par l'ensemble des acteurs assurantiels et bancaires, cette convention a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes atteintes de risques dits « à caractère aggravé » selon la terminologie propre aux assurances.

Il convient de rappeler que la convention AERAS n'instaure pas un droit à l'assurance et ne limite pas le montant des surprimes pouvant être affectées aux candidats à l'assurance, quand bien même il existe un mécanisme permettant sous conditions très restrictives une prise en charge de celles-ci. On s'aperçoit que les difficultés d'accès à l'assurance et à l'emprunt résultent plus d'insuffisances du périmètre de la convention et de son contenu que d'une mauvaise application de celle-ci par les professionnels. Dans ce contexte, l'apparition et la mise en œuvre du « droit à l'oubli » et des grilles de référence opposables aux assurances constituent l'évolution la plus notable de cette dernière année.

A l'origine protocole d'accord signé par le Président de la République dans le cadre du « 3^{ème} Plan cancer », puis intégré en septembre 2015 au sein de la convention AERAS, ces dispositions ont ensuite fait l'objet d'améliorations dans le cadre de La Loi Santé du 26 janvier 2016. Si ces avancées successives sont incontestablement bienvenues sur le fond, ce mille-feuilles textuel a cependant nuit à la bonne compréhension de l'ensemble du dispositif pour les personnes censées en être les bénéficiaires et a suscité des difficultés d'interprétation non négligeables. En effet, la convention AERAS n'a pas été modifiée suite aux évolutions législatives intervenues début 2016 : hiérarchie des normes oblige, les dispositions de la loi s'imposent... mais le renvoi de la Loi vers le contenu de la convention fait peser de sérieuses incertitudes.

En voici plusieurs illustrations :

► Incertitudes vis-à-vis du questionnaire de santé

Le principe du droit à l'oubli contenu dans la convention AERAS est double. Il permet au-delà d'une certaine durée après la fin d'un protocole thérapeutique, soit de pouvoir ne pas déclarer sa pathologie ancienne, soit d'empêcher l'assurance de traduire par des surprimes ou des exclusions de garanties les informations de santé fournies en lien avec le problème de santé à l'origine dudit protocole thérapeutique. Le délai fixé par la convention AERAS pour bénéficier de ce droit à l'oubli est de 15 ans après la fin du protocole thérapeutique.

La loi établit quant à elle une durée de 10 ans mais reste silencieuse sur la question du droit de l'assuré à ne pas déclarer la pathologie et se contente de préciser que les informations ne peuvent « être recueillies par les organismes assureurs ».



Je cherche à souscrire un emprunt, j'ai eu un cancer il y a 13 ans. J'ai lu que le droit à l'oubli s'appliquait à partir de 10 ans mais le questionnaire de l'assurance me demande de communiquer toute pathologie que j'aurais eue dans les 15 ans. Je suis embêtée, est-ce que je dois leur communiquer ?



Je suis en train de remplir un questionnaire de santé pour un prêt immobilier qui relève de la Convention AERAS. J'ai eu un lymphome, en 2002, donc il y a presque 15 ans et il me semble que je ne suis pas obligé de déclarer ce cancer, la loi permettant un droit à l'oubli pour les cancers guéris depuis 10 ans. Pouvez-vous me le confirmer car connaissant les assurances je préférerais ne rien dire en toute sécurité ?

Entre déclarer une pathologie en escomptant que l'assurance n'en tienne pas compte et prendre l'initiative de ne pas déclarer sa pathologie ancienne, la teneur des échanges montre que nos interlocuteurs penchent souvent pour la seconde solution. En effet, sensibilisés sur les difficultés d'accès à l'assurance ou déjà échaudés par des expériences malheureuses dans la réalisation de leur projet, il faut bien admettre que les personnes sont souvent méfiantes vis-à-vis des pratiques des assureurs ou des établissements bancaires qu'elles vivent comme particulièrement discriminatoires et vis-à-vis desquels elles ont donc spontanément tendance à en dire le moins possible.

Le témoignage, suivant qui pose en outre de sérieuses questions en termes de confidentialité, ne saurait leur donner tort.



Nous faisons un emprunt pour acheter un logement mais j'ai eu un cancer du sein il y a 13 ans. Apparemment, je devrais bénéficier du droit à l'oubli mais la banque a rempli le questionnaire médical dans les locaux de la banque et m'a rappelé le soir chez moi pour me dire que compte tenu de ma pathologie, j'aurais un refus d'assurance.

► Incertitudes en ce qui concerne la nature des projets concernés par le droit à l'oubli

La convention AERAS prévoit dans sa rédaction actuelle que le droit à l'oubli s'applique pour les projets immobiliers remplissant les conditions d'éligibilité au 3^{ème} niveau. Cela signifie que sont normalement concernés les prêts ne dépassant pas 320 000 euros et qui seront remboursés avant l'âge de 70 ans.

La loi quant à elle ne fait pas une telle distinction mais le renvoi vers le contenu de la convention laisse planer le doute, lequel pourrait s'avérer particulièrement préjudiciable dans un contexte où les candidats à l'assurance sont tentés de ne rien déclarer.

Dans le cadre des discussions engagées dans les instances de suivi de la convention AERAS, la réponse à ces interrogations va dans un sens favorable aux assurés, tant sur le fait de ne pas déclarer son ancien cancer datant d'il y a plus de 10 ans que sur la déconnexion du droit à l'oubli au seuil d'éligibilité.

Dans ces conditions, afin de rendre le dispositif plus lisible et éviter de futurs litiges dans les hypothèses de mises en jeu de la garantie, une réécriture de la convention AERAS actant clairement les modifications apportées par la loi est absolument nécessaire.

Indépendamment de ces difficultés, d'autres questionnements demeurent. Ceux-ci résultent soit de la manière dont les questionnaires de santé sont formulés, soit d'aspects qui mériteraient une clarification conventionnelle.

En voici quelques illustrations :



Je m'interroge car il y a une question dans le questionnaire où on me demande si j'ai déjà eu des pathologies et il est précisé sauf celle relevant du droit à l'oubli. Or, on me demande dans une autre question si j'ai déjà bénéficié d'une reconnaissance en affection de longue durée et pour quelles pathologies. Il ne précise pas le droit à l'oubli.... Que puis-je faire ?



J'ai 25 ans et je viens de recevoir un questionnaire de santé pour un prêt immobilier. Il me demande si j'ai une infirmité et de préciser. Or, j'ai subi à l'âge de 10 ans une amputation d'une partie du pied des suites d'un cancer. Je n'ai plus de traitements depuis près de 15 ans, ne me soumettant qu'à des contrôles réguliers. Dois-je le déclarer ?



Je vous appelle sur le droit à l'oubli : j'ai eu un cancer il y a 11 ans mais j'ai été à l'hôpital jusqu'à il y a 7 ans pour des examens de suivi. Cela correspond-il à une hospitalisation visée par le questionnaire ?

Le droit à l'oubli dans sa définition stricte, c'est-à-dire le droit de ne pas déclarer, concerne exclusivement certains anciens cancers. Cet aspect suscite souvent une incompréhension voire un sentiment d'injustice de la part de personnes atteintes d'autres maladies. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une grille de référence est porteuse d'espoirs. En effet, elle permet, pathologies par pathologies, de définir des critères en fonction desquels les assureurs doivent faire des propositions sans surprimes ni exclusions, ou proches des conditions standards. Cela peut concerner aussi bien des malades ayant été atteints par certains cancers dont la fin du protocole thérapeutique est inférieure à 10 ans ou d'autres maladies telles que l'hépatite C ou le VIH.

Attention ! Les personnes concernées par les grilles de référence ne peuvent en aucun cas prendre l'initiative de ne pas déclarer leur pathologie. De surcroît, les grilles de référence sont opposables aux seuls projets comportant des encours de prêt ne dépassant pas 320 000 euros et remboursés avant l'âge de 70 ans.

La connaissance de ces restrictions ne va pas de soi :



Un de mes amis souhaite faire un emprunt. Il ne peut pas être assuré parce qu'il a le VIH et que pour l'instant l'emprunt va au-delà des 70 ans. Grâce au droit à l'oubli, on lui a dit que le VIH allait être intégré dans une grille de référence d'ici peu. Est-ce que cela veut dire qu'il pourra ne pas déclarer sa pathologie ?

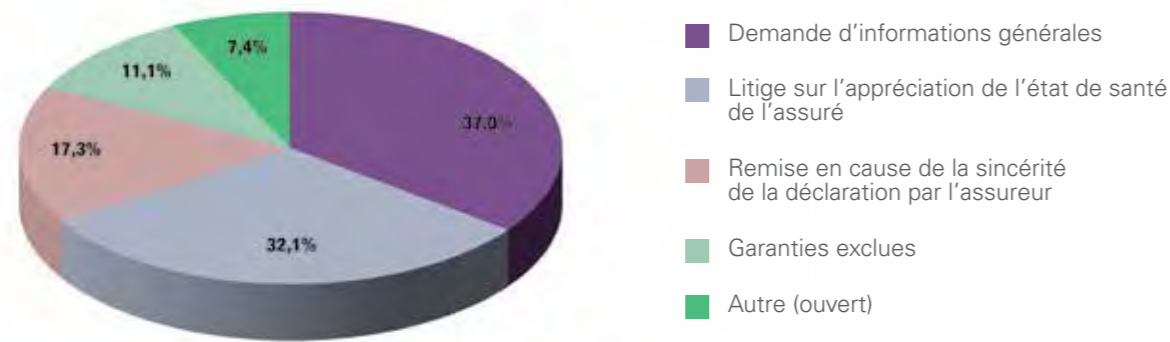
Dans un contexte où, nous l'avons déjà évoqué, la tentation est grande pour les candidats à l'assurance de faire le choix de ne pas déclarer leur pathologie, une méconnaissance de ces aspects pourrait emporter des conséquences lourdes au moment de la mise en jeu de la garantie : il pourrait être reproché à l'assuré une fausse déclaration, même de bonne foi.

Au jour de la rédaction de ce rapport, étaient concernés par la grille de référence les cancers du testicule, les cancers du sein, les mélanomes de la peau, les cancers du col de l'utérus, les cancers du côlon et du rectum, les cancers de la thyroïde, les lymphomes hodgkiniens, l'hépatite C et le VIH.

Le combat à venir pour les associations sera à la fois d'élargir la liste des pathologies concernées tout en pesant pour que les critères retenus tiennent compte des dernières avancées médicales et scientifiques afin d'être le moins excluant possibles. L'expérience montre que ce combat est ardu.

ENJEUX AUTOUR DE LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE

Pratiquement deux tiers des sollicitations sur le sujet interviennent dans un cadre conflictuel :



La nature des difficultés rencontrées prend des formes multiples :

► Litiges sur l'appréciation de l'état de santé



Je suis classé en 2^{ème} catégorie d'invalidité. Je rembourse un crédit immobilier et j'ai souscrit une assurance invalidité sur ce crédit. Cette assurance prend en charge mes mensualités pendant 6 mois puis a stoppé les paiements en me convoquant auprès d'un médecin expert de cette assurance pour « vérifier mon état de santé ». Ce rendez-vous était il y a 2 mois et depuis aucune réponse, aucune suite donnée malgré mes demandes. Ce médecin expert lors du rendez-vous, m'a d'abord dit qu'il n'avait pas assez d'éléments médicaux, alors que j'ai un dossier très complet avec comptes rendus médicaux posant plusieurs diagnostics pour les pathologies concernées et celle concernant mon ALD et la mise en invalidité ainsi que des analyses radios des IRM, des scanners...

La définition des garanties permettant le bénéfice des prestations sont prévues contractuellement. Or, notamment en matière d'assurance couvrant les prêts immobiliers, celles-ci sont très souvent déconnectées des reconnaissances administratives des organismes de sécurité sociale constatant par exemple l'invalidité. Cela constitue une source de litige inépuisable pour des personnes déjà en situation de fragilité :



Malade en 2009. J'ai eu une tumeur de la cornée. Parce qu'elle contestait ma situation médicale, la compagnie a mis 3 ans avant de débloquer la garantie ce qui nous a valu de monter un dossier de surendettement et de payer des intérêts en plus que la compagnie ne veut pas rembourser. Que pouvons-nous faire ?

► Remise en cause de la sincérité de la déclaration par l'assurance



Je suis intervenant social. Je rencontre de plus en plus de patients qui se font « piéger » par les compagnies d'assurances qui couvrent leur crédit immobilier ou autre en cas d'interruption temporaire de travail. Des patients qui pensaient avoir rempli sincèrement leur questionnaire médical au moment de la signature du contrat se voient reprocher de n'avoir pas déclaré des problèmes de santé mineurs qui n'ont d'ailleurs pas de rapport avec la pathologie actuelle pour laquelle ils demandent une indemnisation. Sur le fait d'une omission, d'une erreur, l'assurance ne couvre pas les remboursements de crédits et en plus la compagnie dénonce le contrat d'assurance, ce qui fait que les malades se retrouvent sans aucune assurance liée à leur crédit.

Ce témoignage renvoie à la question centrale du questionnaire de santé et de ses ambiguïtés abordée précédemment en matière de droit à l'oubli. Les imprécisions d'aujourd'hui produiront avec des effets différés des conséquences dommageables, d'où la nécessité de recenser les questions potentiellement problématiques (ce à quoi nous participons via les remontées d'informations qui sont rendues possibles par les témoignages que nous recevons notamment sur Santé Info Droits) et de s'engager au sein des groupes de travail de la convention AERAS pour y remédier.

► Les exclusions de garanties

Indépendamment de la sélection opérée suite aux questionnaires de santé les contrats peuvent exclure la prise en charge de tel ou tel évènement :



Je vous appelle pour une consommatrice qui a contracté un cancer en 1999, cancer guéri en 2004. Elle a par la suite souscrit un prêt immobilier en 2012 et une assurance qui comportait une exclusion générale de garantie de l'ITT et de l'invalidité permanente pour les suites et conséquences des maladies dont la date de première constatation est antérieure à la souscription. Elle a contracté en 2015 un nouveau cancer et a mis en jeu la garantie. L'assureur a mandaté un expert qui considère que le nouveau cancer est une rechute du premier. L'assureur refuse sur ce motif et sur le fondement de l'exclusion de garantie de prendre en charge le sinistre. Or, l'hématologue de l'assuré estime qu'il s'agit d'un nouveau cancer ne présentant pas de lien avec le premier. Que peut-on faire ?

Ce témoignage doit raisonner comme une alerte.

La pratique consistant à exclure contractuellement la prise en charge de pathologies antérieures à la souscription du contrat n'est pas contraire aux dispositions du droit des assurances ou de la convention AERAS qui prévoit ce cas de figure et se limite à préciser que « les conditions particulières du contrat doivent mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garanties consécutives aux maladies antérieures en assurance individuelle ou collective non obligatoire. A cet effet, l'information nécessaire est transmise par le service médical de la société au service d'acceptation des risques d'une part, et au service administratif chargé d'établir le contrat d'autre part »

Les dispositions particulières au droit à l'oubli et à certaines pathologies incluses dans les grilles de référence contre-carrent toutefois cette possibilité puisque, dans ces hypothèses, il ne peut y avoir d'exclusions de garanties.

A la différence d'une sélection sur la base de questionnaires de santé, les exclusions de garanties générales visant les pathologies antérieures comportent au moins l'avantage de ne pas faire obstacle à l'obtention du prêt.

En revanche en matière d'accès à l'assurance, il ne faudrait pas, pour les pathologies ne faisant pas l'objet de protection particulière au sein de la convention AERAS, que les progrès visibles au moment de la souscription du contrat ne soient sournoisement mis en échec par l'introduction de clauses contractuelles tendant finalement à ne pouvoir bénéficier des garanties en raison de pathologies précédant la signature du contrat.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Assurances et emprunts » en 2016 :

Mon mari doit reprendre l'entreprise de son patron qui part à la retraite. Il a une hépatite B pour laquelle il a un traitement qui fonctionne bien. Est-ce que ça risque de lui causer des difficultés pour obtenir un prêt à la banque ?

J'ai fait des tests génétiques prédictifs dont le résultat est positif. J'ai reçu plusieurs questionnaires de santé d'assureurs pour garantir un prêt immobilier. A la lecture des questions, il me semble que je ne dois pas déclarer les résultats de ce test. Je souhaitais votre éclairage sur ce point.

Je suis en train de chercher à acquérir un bien et de remplir le questionnaire médical. Il m'est demandé si j'ai fait une tentative de suicide. J'en ai fait une il y a 30 ans. En absence de précisions dans le questionnaire de santé quant à la date de la tentative, est-ce que je dois le signaler ?

Je suis traitée depuis 4 ans pour dépression et l'on m'a récemment diagnostiqué bipolaire. Je voudrais faire un prêt immobilier. L'assurance de ma banque ne m'assure que pour le décès et exclut ma pathologie pour toutes les garanties. Malgré tout, le coût est très élevé puisque je suis à 139 euros par mois. J'ai quand même signé car je voulais faire débloquer le prêt. Parallèlement, je suis allé voir un courtier qui m'a trouvé un contrat beaucoup plus intéressant et moins cher. Est-ce que je peux résilier maintenant ?

J'ai eu un AVC il y a 8 ans. Je fais un prêt immobilier, je signe la promesse de vente ce soir. Pour l'instant, on me propose une assurance décès et PTIA avec une surprime de 100 %. J'ai une prévoyance par mon travail mais ils ne veulent pas la prendre en compte. Je trouve que c'est quand même de l'arnaque de devoir payer aussi cher alors que je suis déjà couvert par ma prévoyance et que cette assurance ne fonctionnera pas.

J'ai fait une demande de prêt immobilier mais comme j'ai une maladie invalidante avec des versements de pensions d'invalidité toutes les banques refusent de les considérer comme des revenus. Je fais comment pour que la banque accepte de me prêter ?

Je suis séropositif. J'ai fait une demande de prêt auprès de ma banque habituelle. Mon conseiller est en vacances, c'est donc un autre conseiller qui a monté l'offre de prêt. Je lui ai donné sous pli fermé et confidentiel le questionnaire de santé avec des certificats médicaux pour transmission au service médical de leur assurance. Je me suis ensuite rendu compte qu'il avait ouvert le courrier et avait envoyé les éléments à l'assurance par mail. Quand je lui ai signalé que c'était problématique, il n'a pas eu l'air très gêné. Je m'inquiète de la pratique discriminatoire qui pourrait en découler.

Ma fille a eu un cancer du sein qui s'est terminé il y a un an. Elle est jeune professionnelle libérale et souhaitait souscrire à une prévoyance. L'assurance qu'elle a contactée refuse purement et simplement de l'assurer sur le cancer mais également sur tous les autres risques. C'est révoltant...

Je dois acheter une voiture pour un montant de 12.600€. J'ai demandé un crédit à la consommation mais l'assurance a refusé de m'assurer car j'ai eu un cancer il y a 4 ans.

J'ai eu un contrôle de la prévoyance pendant mon arrêt de travail un samedi matin à 9 heures. J'étais chez moi mais ils ont indiqué que je n'y étais pas. J'avais des sorties libres. Ils m'ont suspendu les indemnités journalières de la prévoyance. Un avocat a fait une lettre mais ça n'a rien donné. Le médecin du travail ne veut pas me faire une lettre sur ma situation. Ils n'ont même pas payé les arrêts ultérieurs.

Est-ce que vous connaissez des assurance-voyage rapatriement qui peuvent prendre en charge les frais de rapatriement sans exclure les maladies antérieures. Pour le moment nous voyons bien que les contrats posent des difficultés.

Mon mari n'est plus affilié depuis deux ans au RSI. J'ai demandé à l'assurance de prêt de me verser la garantie mais elle refuse en disant que pour en bénéficier il faut que soient versés des revenus de remplacement par l'organisme de sécurité sociale.

Je suis professionnelle libérale. Je souhaite souscrire à une prévoyance pour avoir droit à un complément d'indemnités journalières mais personne ne veut m'assurer. Existe-t-il un moyen de les obliger à m'assurer ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet de France Assos Santé dans le Recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits pour l'année 2016
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

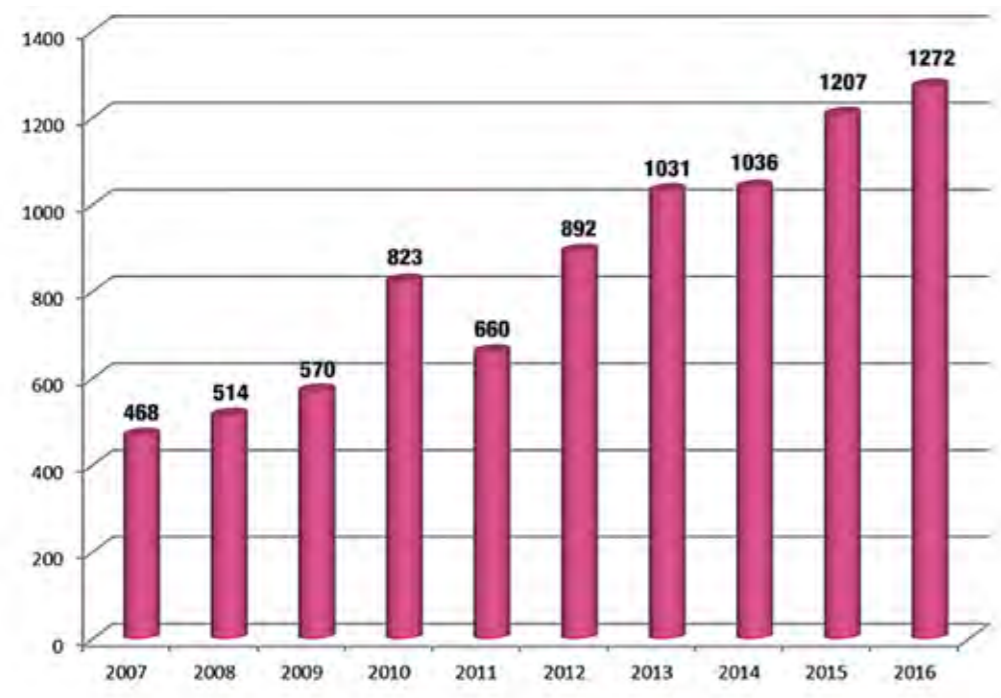


LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ

Cette thématique regroupe les sollicitations relatives aux prestations versées par les régimes obligatoires de protection sociale pour compenser une perte des revenus des travailleurs due à une incapacité de travail. Cela concerne donc les prestations relevant des assurances maladie / invalidité / accident du travail et maladie professionnelle des salariés et des professionnels indépendants bénéficiant d'un régime obligatoire. Sont également intégrées ici les dispositions découlant du régime de protection sociale des agents de la fonction publique.

Représentant 13,4% de la totalité des sollicitations, cette thématique est en légère augmentation.

Évolution du nombre de sollicitations de la thématique « Revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie ou d'invalidité »



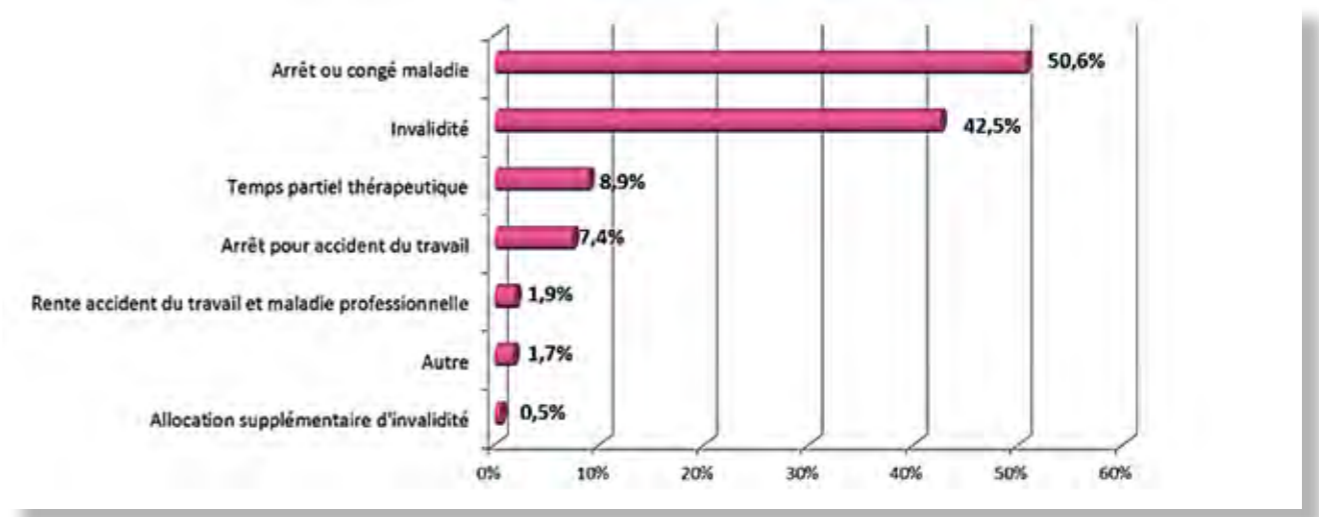
L'altération de la capacité de travail en raison de la maladie est susceptible d'entraîner des conséquences financières lourdes pour des personnes déjà fragilisées.

C'est dans ce contexte que nous sommes fréquemment sollicités :

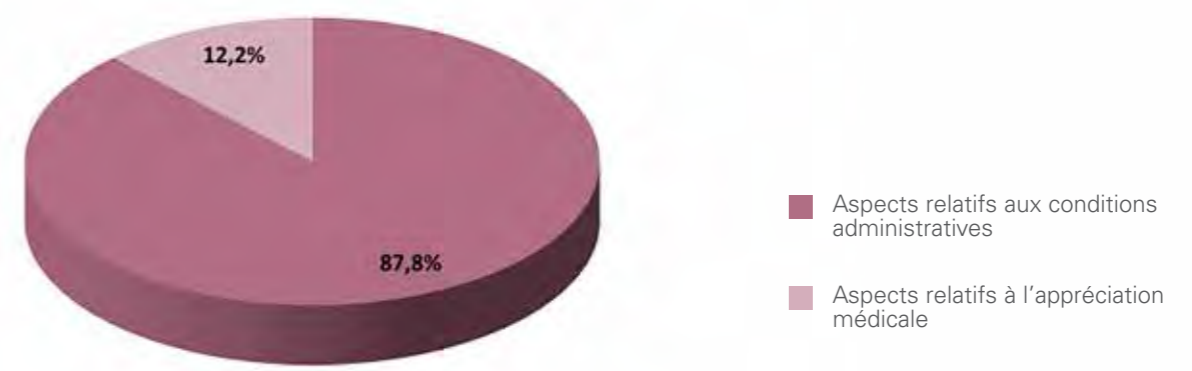


J'étais inscrite au Pôle emploi et percevait 612 euros mensuels jusqu'à mon hospitalisation. Pendant cette période je n'ai donc rien perçu du Pôle emploi et je viens de recevoir un courrier de la CPAM qui refuse de me payer mes indemnités journalières durant ces 5 mois car je ne remplis pas les conditions. Le Pôle emploi refuse également de me verser une allocation, de ce fait je ne reçois aucune indemnité de part et d'autre. Je souhaiterais savoir qui peut m'indemniser cette période car pendant ce temps-là j'ai mon loyer à payer et je ne sais pas comment je vais faire pour m'en sortir.

De manière plus détaillée, la répartition des questions de cette thématique est la suivante :



Dans la très grande majorité des situations, nous sommes interrogés sur les conditions administratives permettant l'attribution ou le maintien des prestations.



Il est vrai que les règles applicables se traduisent par une complexité certaine laissant bien souvent démunies les personnes concernées et celles en charge de leur accompagnement :



La caisse refuse le bénéficiaire des indemnités journalières au-delà des six mois d'arrêt à une personne que je suis au motif qu'elle ne remplirait pas les conditions administratives. Après avoir travaillé à plein temps plusieurs années et une période de chômage, elle avait retrouvé un plein temps mais pour trois mois seulement. Que faire? Vous nous aviez conseillé d'évoquer L311-5 du Code de la Sécurité sociale mais le conciliateur dit que cela aurait marché que si elle n'avait pas rouvert des droits par son nouveau contrat. Le problème c'est qu'elle en a ouvert assez pour avoir des indemnités journalières en dessous de 6 mois, et pas assez pour un arrêt supérieur à 6 mois. Qu'en est-il ?

Résultant souvent de dispositions législatives anciennes, et peu adaptées à l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques ou à des parcours professionnels discontinus dus en partie à la précarisation du marché du travail, un décalage subsiste encore trop souvent entre la situation concrète des personnes et les règles qui leur sont applicables. Si des avancées ont été régulièrement obtenues ces dernières années (baisse des conditions relatives aux heures travaillées pour le bénéfice des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou de la pension d'invalidité, durée du temps partiel thérapeutique moins restrictive...), l'examen des sollicitations reçues sur Santé Info Droits, encore aujourd'hui, montre que ce travail d'adaptation doit se poursuivre. En voici plusieurs illustrations en matière de pension d'invalidité et de temps partiel thérapeutique.

LA PENSION D'INVALIDITÉ : DE NÉCESSAIRES AMÉNAGEMENTS ET CLARIFICATIONS

► Une terminologie de la pension d'invalidité 2^{ème} catégorie semant la confusion

Indépendamment des détails techniques qui jalonnent nos différents entretiens, les définitions mêmes de la pension d'invalidité posent difficulté.

Cela est particulièrement vrai pour la pension d'invalidité 2^{ème} catégorie.

Dans le code de la sécurité sociale, il est prévu qu'« en vue de la détermination du montant de la pension », les invalides classés en 2^{ème} catégorie sont ceux « absolument incapables d'exercer une profession quelconque ».

Pour autant, quelle que soit la catégorie dans laquelle a été classé le pensionné d'invalidité, celui-ci n'est nullement interdit de travailler : la reprise d'activité professionnelle rémunérée, pouvant comme nous l'avons vu précédemment, entraîner une suspension de la pension d'invalidité. Or, sur le sujet, confusion et approximations règnent en maître, y compris de la part de ceux en charge d'accompagner les personnes dans leur parcours :



Je cherche une réponse à une question qui devrait être simple, or, je n'ai encore trouvé personne qui sache me répondre de façon certaine. En effet, je suis diagnostiquée fibromyalgique depuis 2009 et en invalidité 2 depuis 3 ans. Après plus d'un an de prise en charge par le centre antidouleur de ma région, je «revis» enfin. J'aimerais donc savoir si j'ai le droit de travailler un peu car je me sens incapable de travailler ne serait-ce qu'à mi-temps tout en étant en invalidité 2^{ème} catégorie ? En effet, ni à la sécurité sociale, ni auprès de mes médecins ou même de la MDPH, je n'arrive à trouver une réponse à cette question. On me dit «oui», puis «non», puis «oui» mais sans savoir combien d'heures j'ai le droit de travailler. Pire, on m'a même dit qu'en travaillant je risquais de perdre l'invalidité...Une vraie histoire de fous...Pouvez-vous m'aider, s'il vous plaît ?

Notre expérience résultant de nos entretiens montre qu'il est nécessaire de faire œuvre de pédagogie tant il est vrai que la définition juridique de la pension d'invalidité 2^{ème} catégorie n'est pas très aidante en la matière. Cela conduit les pensionnés d'invalidité à des choix allant à l'encontre de leur intérêt, en renonçant à des dispositions auxquelles ils pouvaient légitimement avoir droit au regard de leur situation médicale :



Je suis en invalidité de catégorie 1. Mon état de santé s'est aggravé et le médecin-conseil m'avait proposé de passer en catégorie 2, ce que j'avais refusé parce que je croyais qu'on ne pouvait pas la percevoir tout en travaillant. J'ai à nouveau rendez-vous dans quelques jours avec le médecin conseil. Je sais désormais que la 2^{ème} catégorie ne m'empêche pas de travailler. Est-ce que je peux revenir sur ma décision ?

► La question du recalcul de la pension d'invalidité

Quand une personne remplit les conditions pour bénéficier d'une pension d'invalidité, celle-ci est calculée sur la base des 10 meilleures années travaillées. L'attribution d'une pension d'invalidité n'empêche pas l'assuré de reprendre une activité professionnelle, y compris à temps plein, sa pension d'invalidité est alors suspendue.

En cas de rechute, se pose alors la question suivante :



Est-ce que je peux demander la revalorisation de ma pension d'invalidité ? Celle-ci a été calculée en 2007 mais j'ai pu retravailler à temps plein et ma pension avait été suspendue. Mon nouveau salaire était supérieur à ceux qui avaient été pris en compte pour le calcul initial de la pension d'invalidité. J'ai retravaillé et je trouve qu'il serait injuste qu'on ne reprenne pas cela en compte.

En la matière, saisie d'un litige, la Cour de Cassation a considéré qu'il n'y avait pas lieu, à défaut de nouvelle affection constatée, de modifier la base de calcul de la pension et qu'une fois liquidée celle-ci ne pouvait faire l'objet de révision. Une telle interprétation est bien évidemment très inéquitable vis-à-vis de personnes ayant repris une activité et cotisé à nouveau.

Dans ce contexte, la réponse auprès de notre interlocuteur ne pouvait être malheureusement que négative. Au moment de la rédaction de ce rapport, une bonne nouvelle survenait cependant, un nouveau décret paraissait pour corriger cette injustice venant ainsi satisfaire une revendication portée par notre association.

► Un salaire de comparaison figé dans le temps

Le « salaire de comparaison » est déterminé par la caisse d'assurance maladie au moment de l'attribution de la pension d'invalidité et correspond au salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité. En cas de reprise d'activité, son dépassement en additionnant pension d'invalidité et nouveau salaire entraîne une réduction du montant de la pension d'invalidité.

Le salaire de comparaison est fixé en fonction du salaire de la personne avant sa mise en invalidité, ce qui pose difficultés en certaines circonstances :



J'ai une pension d'invalidité depuis plus de 10 ans. J'ai continué à travailler à temps partiel et j'ai bien évolué dans mon entreprise : j'occupe désormais un poste beaucoup plus qualifié qu'à l'époque. Je sais que si, en additionnant ma pension d'invalidité et mon salaire, je dépasse le salaire qui était le mien avant ma pension d'invalidité, le montant de ma pension d'invalidité sera réduit. Je ne trouve pas cela très logique.

Si le salaire de comparaison prend régulièrement en compte l'évolution du coût de la vie, il présente cependant l'inconvénient majeur de ne pas tenir compte de l'évolution professionnelle éventuelle que tout salarié peut être amené à connaître, comme si un pensionné d'invalidité était condamné à ne jamais pouvoir connaître d'évolution professionnelle et bénéficier d'augmentation de salaire. Des aménagements réglementaires doivent nécessairement être trouvés en la matière.

► Les pathologies antérieures à l'immatriculation, obstacle à l'attribution de la pension d'invalidité



J'ai fait, sur les conseils de mon médecin traitant et de mon médecin du travail, une demande de pension d'invalidité. Je souffre d'une hémiplégié depuis l'âge de 1 an et, du fait de mon métier, de troubles au canal carpien. Le médecin conseil de la sécurité sociale n'a pas été agréable du tout, elle m'a dit que la pension ne pouvait pas m'être attribuée car au moment où mon hémiplégié est apparue, je ne travaillais pas, je n'étais pas assuré social – évidemment à l'âge de 1 an ! J'ai ensuite reçu la notification de refus car je ne remplissais pas l'incapacité de travail des 2/3 sur la seule prise en compte des troubles du canal carpien. Je ne comprends pas, même l'assistante sociale de la CPAM pense que j'aurai dû l'avoir et m'a dit de vous appeler.

Une telle décision, rare mais non moins saisissante, revient donc à priver un travailleur du bénéfice d'une pension d'invalidité au motif d'une pathologie antérieure à son activité professionnelle et à son immatriculation.

Cette position est pourtant conforme à une jurisprudence de la Cour de cassation en date du 4 mars 1999.

Cet argument, heureusement fort peu utilisé par les caisses, conduit à une injustice flagrante envers des assurés soumis à assurance obligatoire et qui ont donc cotisé pour bénéficier, le cas échéant, d'une pension d'invalidité.

Une telle interprétation conduit en réalité les caisses à adopter une position discriminatoire qui ne peut être acceptable.

► La question du cumul entre indemnités journalières et pension d'invalidité

Sans que le contenu des textes ne soit forcément en cause, la question du cumul entre pension d'invalidité et indemnités journalières suite à des reprises du travail fait l'objet de litiges fréquents dont les témoignages suivants permettent d'en cerner les contours :



Mon mari, travailleur en CDI depuis mars 2014, est en arrêt maladie depuis mi-2016. La sécurité sociale refuse depuis de lui payer ses indemnités maladie parce qu'elle estime que sa pathologie actuelle est la même que celle pour laquelle il

avait eu droit en 2008 à une pension d'invalidité. Il ne reçoit plus rien depuis 2014 puisqu'elle a été suspendue du fait de sa reprise d'activité. Même si c'est le cas, je ne comprends pas comment on peut laisser un malade (en cdi) sans aucune indemnisation. Le service invalidité n'a rien versé non plus ! Je n'arrive pas à faire valoir ses droits. Pouvez-vous m'aider ? J'ai contacté une assistante sociale et le médiateur de la CPAM, mais rien n'est fait et à ce jour, je n'ai reçu toujours aucun versement et la Sécurité Sociale ne me donne pas des réponses claires.



Je suis en invalidité 1^{ère} catégorie et j'ai repris une activité depuis 2 ans et demi. Je suis en arrêt de maladie et on me dit que je ne peux bénéficier des indemnités journalières alors que j'ai reconstitué mes droits...

Une fois encore, les pensionnés d'invalidité ayant repris le travail sont lourdement affectés. Les pratiques des caisses ne semblent pas homogènes en la matière, certaines s'appuyant parfois sur des dispositions abrogées. La publication d'une circulaire visant à préciser la législation applicable nous paraît absolument indispensable en la matière.

LE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE : DES AVANCÉES À CONSOLIDER

Ces dernières années, le dispositif du temps partiel thérapeutique dans le secteur privé a fait l'objet de réelles avancées, ce dont on ne peut que se réjouir. Le temps partiel thérapeutique permet en effet au salarié de garder une activité professionnelle dans des proportions compatibles avec son état de santé. Il s'agit donc d'un outil essentiel dans la lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes malades. C'est ainsi que successivement des mesures ont été adoptées afin de limiter le pouvoir discrétionnaire des caisses de sécurité sociale en matière d'attribution de temps partiel thérapeutique et de fixation de la durée de celui-ci.

Autre avancée, le fait pour les personnes reconnues en affection de longue durée de pouvoir bénéficier d'un temps partiel thérapeutique sans arrêt de travail précédant immédiatement la demande. L'article L323-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit en effet que cette condition « *n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection* ». La formulation de cet article est plus ambiguë qu'il n'y paraît, comme ce témoignage permet de l'appréhender :



Je vous appelle car la CPAM a refusé de m'accorder un mi-temps thérapeutique au motif que je ne justifierais d'aucun arrêt de travail complet en lien avec cette ALD. Or, je suis reconnu en ALD, j'ai lu que l'arrêt de travail complet précédant immédiatement la demande n'était pas requise si on bénéficie de ce statut. Pouvez-vous me le confirmer ?

Ainsi, la non-exigence d'un arrêt de travail précédant immédiatement la demande n'exonère pas l'assuré de la nécessité de devoir justifier d'un arrêt de travail plus ancien en lien avec l'ALD. Assurément, le texte peut facilement susciter des interprétations différentes et induire en erreur, causant ainsi préjudice aux personnes qui seraient passées en temps partiel dans l'attente de la décision de la caisse. Celle-ci n'étant pas liée par un quelconque délai pour accorder ou refuser un temps partiel thérapeutique, cette incertitude doit inciter les assurés sociaux à la prudence en attendant la réponse de la CPAM.

On peut s'interroger sur la nécessité de conserver en l'état une telle condition, le passage d'un arrêt de travail complet éventuellement artificiel étant largement questionnable, sur le plan médical et économique, que cela soit pour les personnes reconnues en ALD ou les autres.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie, d'accident du travail ou d'invalidité » en 2016 :

Je voudrais savoir si je peux faire des formations le temps de mon arrêt de travail. J'ai un problème à l'épaule et je suis serveuse. Mes médecins me disent qu'il faut que je change de métier sinon je devrais me faire opérer tous les deux ans. Je voudrais donc utiliser mon arrêt de travail actuel pour me former à un autre métier. Est-ce que c'est possible ?

Je suis aide-soignante dans un service de soins infirmiers à domicile. Etant porteuse de l'antigène HLA B27 et ayant tous les symptômes d'une spondylarthrite, j'ai été en arrêt de travail quasiment 1 an. La CPAM a refusé de continuer à payer mes indemnités journalières car ils estimaient que mon état ne le nécessitait pas ! J'ai pourtant tout de même été licencié pour inaptitude en cette fin d'année 2015 et maintenant, en plus, la CPAM voudrait que je rembourse ce que j'ai touché depuis août 2015 prétextant que je n'y avais plus droit car mes arrêts cumulés ne me donnaient plus droit aux arrêts maladie ! Je suis dans une impasse et, évidemment, je n'ai pas les moyens de rembourser ! Mes courriers restent encore à ce jour également sans réponse. Que puis-je faire ? Sont-ils réellement « tout puissant ? » Je suis effondrée devant une telle injustice...

J'ai une leucémie. J'ai repris le travail à temps partiel thérapeutique pendant 6 mois. J'ai fait une rechute et j'ai été arrêté pendant plusieurs semaines. La caisse me dit que je suis consolidé et que je dois retourner au travail. Mon médecin me dit que je ne peux pas travailler et moi-même je ne me sens pas en mesure de reprendre. Que puis-je faire ?

Ma fille a été voir son ophtalmologue parce qu'elle avait une néphrite ophtalmique. Celui-ci l'a adressée à un neuro-ophtalmologue qui lui a prolongé son arrêt de travail. De ce fait, la sécurité sociale refuse d'indemniser. Est-ce normal ?

J'ai fait l'objet d'un congé longue durée il y a 10 ans. Je suis à nouveau atteinte d'un cancer, mon dossier est passé en commission et le comité médical a considéré qu'il s'agissait d'une rechute et que je ne pouvais bénéficier d'un nouveau CLD pour la même affection, ce qui m'étonne car ce n'est pas le même cancer.

Ma femme a bénéficié d'une rupture conventionnelle avec son employeur il y a 3 ans, et a perçu des allocations du Pôle emploi jusqu'en mars 2015. Depuis elle ne touche plus rien. En août dernier, il lui a été diagnostiqué la maladie d'Alzheimer, et elle a été mise en invalidité de deuxième catégorie. Seulement il nous est dit qu'elle ne pourra rien percevoir alors qu'elle a cotisé pendant des années avant son dernier contrat de travail. Qu'en est-il ?

Je suis juriste en droit du travail et je vous appelle pour une toute jeune femme qui travaillait 15 heures par semaine en tant qu'étudiante dans la grande distribution. Il y avait donc une dérogation au temps de travail minimal à raison de son statut d'étudiante. Elle a désormais interrompu ses études. Je viens vers vous pour vérifier les conditions de bénéfice des indemnités journalières car je crains qu'elle ne cotise pas assez.

J'ai une pension d'invalidité de faible montant. Personne ne m'avait parlé de l'Allocation supplémentaire d'invalidité. Je la découvre avec une assistante sociale qui l'ignorait. Je trouve que ce n'est pas normal...

J'ai été victime d'un accident sur mon lieu de travail. J'ai réceptionné un colis lourd et ça a craqué. Puis j'ai eu très mal au dos. La CPAM refuse une prise en charge au titre des accidents du travail en estimant que mon dommage est lié à une tâche professionnelle et non à un événement soudain caractéristique de l'accident. Je ne sais pas quoi faire d'autant que je n'ai pas contesté ce refus dans le délai de deux mois comme l'indiquait le courrier.

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres dans le Recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2016, disponible au format électronique sur le site Internet de France Assos Santé :

www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

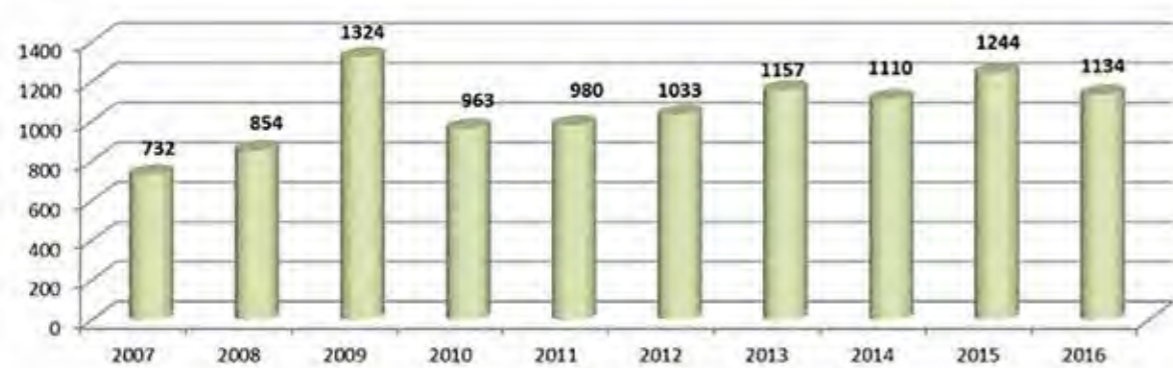


ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DES SOINS

Sont répertoriées au sein de cette thématique les sollicitations relatives à l'accès aux régimes obligatoires de l'Assurance maladie, aux niveaux et modalités de prise en charge financière par celle-ci, ainsi qu'aux complémentaires santé, que cela soit dans le cadre de contrats individuels, collectifs ou de la couverture maladie universelle complémentaire.

Du fait d'une baisse de 8,8% par rapport à l'année précédente quand les autres thématiques connaissent une tendance contraire, cette catégorie glisse du 2^{ème} au 4^{ème} rang.

Évolution des sollicitations de la thématique « Accès et prise en charge des soins » depuis 2007



L'actualité législative et réglementaire a pourtant été riche en 2016, notamment concernant les règles d'affiliation à l'Assurance maladie obligatoire ou celles affectant la couverture assurée par les complémentaires santé.

La répartition des questionnements est la suivante :



L'ACCÈS AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE : LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROTECTION MALADIE UNIVERSELLE (PUMA)

La protection maladie universelle, entrée en vigueur début 2016, constitue une évolution majeure. Cette réforme représente une nouvelle étape dans la reconnaissance du droit à l'Assurance maladie plaçant le résident stable et régulier sur le territoire français, au sens du droit au séjour, au cœur du dispositif, le critère de l'activité professionnelle ne primant plus désormais pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie.

Ces modifications sont intervenues dans un contexte où les règles complexes d'affiliation débouchaient trop souvent sur des situations où les personnes se trouvaient sans droits à l'assurance maladie.

Garantir un droit au remboursement des soins de manière continue, sans que les changements familiaux ou professionnels ne l'affectent, et réduire au strict nécessaire les démarches administratives et les changements de caisse d'assurance maladie, telle était la volonté affichée lors de l'instauration de la Protection maladie universelle.

Il s'agit ainsi d'éviter les situations suivantes :



Je n'ai plus de droits à l'assurance maladie depuis le 31/12/2015. J'ai fait une demande d'affiliation, la CPAM m'a dit que je dépendais de mon ancien régime parce que je travaillais à la Poste. La mutuelle générale m'a dit que je n'ai plus de droits. Qu'est-ce que je peux faire ?



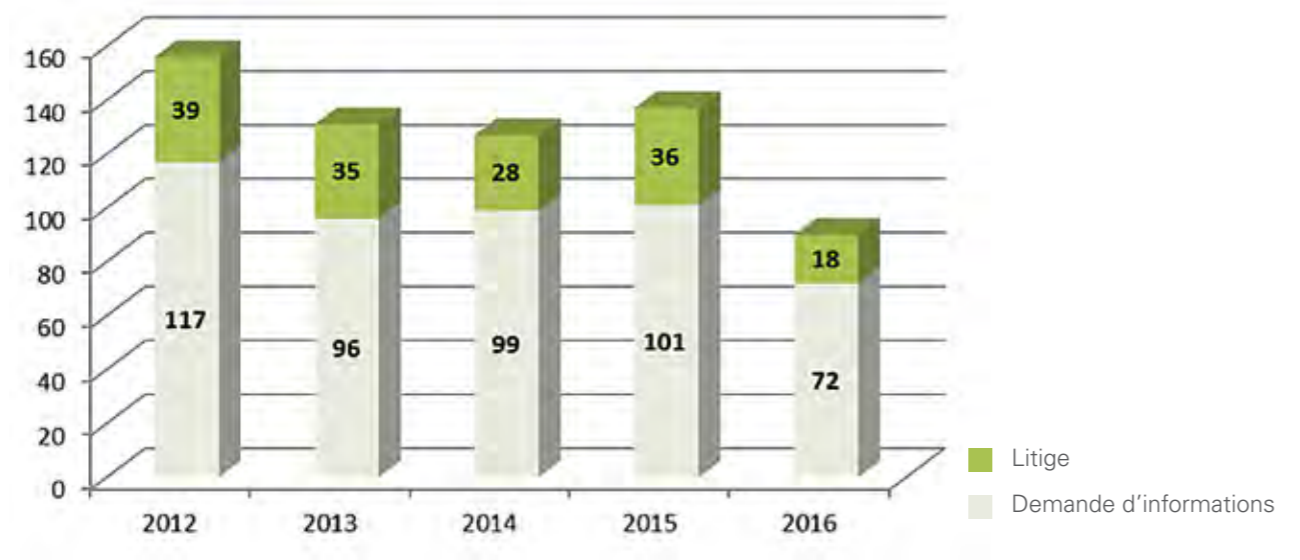
Je suis étudiant étranger et au moment de mon inscription, on m'a dit de m'assurer et je me suis adressé à la sécurité sociale étudiante et j'ai payé la cotisation. Je pensais que j'étais assuré et je viens de recevoir la facture de l'hôpital en me disant que je ne suis pas assuré. J'ai demandé à la sécu étudiante et je découvre qu'ils ne pouvaient pas m'assurer à cause de l'âge, donc que je ne suis pas assuré et donc ils ne peuvent pas me rembourser. En fait, j'étais adhérent de mutuelle mais pas à la couverture de base.



Je vous appelle pour une jeune femme étudiante qui cotise à la Sécu étudiante mais qui n'a jamais reçue sa carte de sécurité sociale. Elle a dû faire plusieurs IRM et des traitements très coûteux à l'hôpital. Elle a reçu une lettre du Fisc comme quoi elle doit 90 000 Euros. Pourtant elle est prise en ALD à 100%.

Ces mesures de « simplification » se sont traduites par un chamboule-tout législatif et réglementaire de grande ampleur qu'il est instructif d'examiner au regard des sollicitations reçues sur la ligne.

D'un point de vue quantitatif, un premier constat s'impose : le nombre de sollicitations concernant ces questions d'affiliation a connu une baisse substantielle et plus particulièrement celles mettant en jeu des situations conflictuelles :



S'il est hasardeux de tirer des conséquences définitives et certaines de tels chiffres, s'ils signifiaient la réussite de cette simplification, cela constituerait incontestablement une bonne nouvelle.

Un examen plus détaillé des situations de blocages qui ont pu être détectées sur la ligne témoigne en revanche de véritables angles morts créés par ces bouleversements juridiques. En voici quelques illustrations :

► La situation des conjoints de Français venant s'installer en France

La mise en place de PUMA s'est traduite par la disparition de la notion du statut d'ayant droit majeur d'un assuré social, y compris pour les conjoints. Ces derniers sont désormais affiliés à titre personnel.

Or, pour bénéficier de la PUMA, il faut résider en situation régulière en France depuis au moins 3 mois. Avant la réforme, la qualité d'ayant droit d'assuré social exonérait de la condition des 3 mois dès lors qu'il était en situation régulière sur le territoire français. Alors que la réforme ne poursuivait qu'un objectif de simplification, d'inclusion dans le dispositif de l'Assurance maladie et sûrement pas d'exclusion ou de fermeture de droits, la situation des conjoints de Français semble avoir été fortement négligée :



Mon mari est arrivé en France avec un visa long séjour conjoint de Français et une semaine après son arrivée, il a été hospitalisé pour un problème d'hyperglycémie. L'assistante sociale vient le voir car il n'a pas de carte Vitale pour lui demander la copie de sa pièce d'identité et lui dire qu'elle va déposer un dossier pour une prise en charge. 4 jours après, au lieu de recevoir l'attestation de dépôt du dossier on reçoit la facture de l'hôpital de 6000 euros. On n'arrive pas à avoir de prise en charge de la sécurité sociale parce que cela fait moins de 3 mois et on ne sait plus trop quoi faire.



Je suis à la recherche de renseignements concernant la prise en charge de soins médicaux pour ma femme. Je suis français et ma femme est ivoirienne nous sommes mariés, celle-ci est enceinte de 6 mois et doit arriver sur le territoire français fin juin 2016 avec un visa long séjour en tant que conjoint de Français. Je suis moi-même affilié à la sécurité sociale mais on m'a dit que mon épouse n'y avait pas droit. Elle n'a pas droit non plus à l'aide médicale d'Etat car elle sera en situation régulière. Je cherche désespérément une prise en charge de ses soins, étant par ailleurs sans emploi actuellement.

► Des difficultés résultant de la condition de séjour principal

Pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie, il faut avoir son lieu de séjour principal en France. L'article **R111-2 du Code de la Sécurité sociale** prévoit que cette condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement sur le territoire français pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations.

La rédaction de cet article et son application peuvent apparaître problématiques pour les personnes revenant s'installer définitivement en France :



Je suis en rupture de soins car il y a un mois, la Sécurité sociale m'a supprimé mes droits. Ils estiment que je ne réside pas en France. Je suis français mais réside souvent en Afrique. J'ai résidé seulement 5 mois en France l'année dernière et ai eu tort de leur dire sur la base des conseils du consulat de France. Je suis pourtant revenu définitivement en France il y a plus de 3 mois mais ils n'acceptent pas mes justificatifs qu'ils estiment incomplets mais comment puis-je leur prouver que je vais rester en France...

Pareillement, des difficultés surviennent dans des situations où les personnes n'ont pourtant pas manifestement perdu leur qualité d'assuré social puisque le critère de la résidence reste rempli même en cas de séjour prolongé à l'étranger. On leur oppose pourtant la condition de séjour de 3 mois sur le territoire français :



Je suis français. Je vais partir au Chili en vacances 4 mois pour visiter mon fils. Je me suis fait opérer du cœur il y a 10 jours et à mon retour du Chili, je souhaiterais faire ma visite de contrôle. Mais la sécurité sociale m'a dit que je n'aurai plus droit à la Sécurité sociale à mon retour pendant les 3 premiers mois ? Est-ce vrai ?

► La situation des étrangers en voie de régularisation de leur séjour

Bien que les nouveaux textes n'aient pas modifié substantiellement le cadre légal et réglementaire sur ce sujet, en 2000, lors de la création de la CMU de base, le déploiement d'une circulaire avait permis l'affiliation à la Sécurité sociale de personnes engagées dans un processus de régularisation de leur séjour, en justifiant de démarches effectuées auprès des préfectures.

La réforme de la protection universelle maladie a rendu cette circulaire caduque, de telle sorte que des personnes se sont retrouvées dans l'impossibilité de faire valoir leurs droits.



Je vous appelle au sujet d'une compatriote qui est arrivée en France il y a 8 mois avec un visa de tourisme. Elle a fait une demande de titre de séjour pour soins et elle a reçu un récépissé de la Préfecture. Elle a fait une demande pour être inscrite à la sécurité sociale et elle a commencé ensuite les soins mais l'hôpital lui demande de payer la facture.

Ces effets collatéraux très problématiques engendrés par l'introduction de la PUMA ont suscité et justifié une mobilisation associative active et efficace. En effet, en fin d'année 2016 puis plus tard au moment de la rédaction de ce rapport, les textes relatifs aux conjoints de Français et aux personnes justifiant de leurs démarches auprès des préfectures ont fait l'objet de modifications permettant de corriger ces anomalies.

NOUVEAUX CONTRATS RESPONSABLES: UNE MISE EN ŒUVRE CHAOTIQUE ET INCOMPRISSE

Le dispositif du « Contrat Responsable » a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004.

Il prévoit un régime fiscal favorable aux contrats de complémentaires santé réunissant un certain nombre de caractéristiques. Ainsi, pour être reconnus comme « responsables », ces contrats doivent à la fois contenir des garanties obligatoires minimales et limiter certaines dépenses. Qu'ils soient individuels ou collectifs, l'immense majorité des contrats de complémentaires santé sont aujourd'hui des contrats responsables.

En matière de garanties-plancher minimales, on peut citer par exemple la prise en charge désormais illimitée dans le temps des forfaits hospitaliers :



J'ai entendu dire que depuis le 1er janvier la mutuelle devra prendre en charge de façon illimitée le forfait hospitalier, quel que soit le nombre de jours d'hospitalisation. Si c'est vrai, c'est vraiment une très bonne nouvelle pour moi...

En matière de limitation des garanties prises en charge, la mise en place de ce mécanisme poursuit l'objectif d'une meilleure coordination entre les actions entreprises par le régime obligatoire d'Assurance maladie et les régimes complémentaires en incitant par exemple les assurés à suivre le parcours de soins coordonné, réputé vertueux, en les pénalisant financièrement en cas de consultation hors parcours de soins.

Par ailleurs, certaines dispositions en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 tendent à limiter considérablement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2 non signataires de l'option tarifaires maîtrisée (OPTAM) et des plafonnements des frais d'optiques.

Si ces mesures visent de façon louable à influencer sur les pratiques tarifaires inflationnistes de certains professionnels de santé en désolvabilisant leur potentielle, qui sera dorénavant moins bien prise en charge en matière de dépassements d'honoraires ou de frais de monture optique, la mise en œuvre de ces dispositions n'est pas sans poser un certain nombre de difficultés parmi les usagers de Santé Info Droits.

► Une phase transitoire chaotique

Les limitations apportées le 1^{er} janvier 2016 ont, en premier lieu, généré des difficultés pour les assurés ayant projeté des dépenses de santé avant la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions. Si, dans le cadre de leurs contrats responsables, les complémentaires santé n'avaient d'autres options que de mettre en œuvre les plafonds de prise en charge prévus réglementairement, le déficit d'informations auprès de leurs assurés a souvent été patent :



Je viens d'être confronté à un refus de remboursement de la part de ma mutuelle pour non signature d'un praticien au contrat d'accès aux soins [désormais, option tarifaire maîtrisée]. Nous n'avons pas été informés des restrictions de dépassements d'honoraires ni par la mutuelle, ni par les praticiens hospitaliers. Nous étions couverts antérieurement pour les dépassements sollicités et c'est en toute confiance que nous avons signé les accords de dépassement. Nous avons engagé 950 euros en toute confiance. A ce jour, ce montant a été débité de mon compte entraînant, de fait, des soucis bancaires, voire l'accusation de chèque sans provision. Cette situation est intolérable. Le patient est pris en otage et mis devant le fait accompli.



Je suis enceinte. Je suis suivie par une sage-femme et j'ai fait faire un devis pour savoir combien cela coûterait à l'accouchement. Ma complémentaire m'explique que tout est pris en charge même avec l'intervention d'un gynécologue. Pendant l'accouchement, finalement on a besoin d'un gynécologue appelé par la sage-femme, parce que le bébé a le cordon autour du cou et qu'il faut utiliser les forceps. Au moment de faire jouer la mutuelle pour la prise en charge de 1400 euros, on nous dit que ce n'est pas possible parce que ce n'est pas un médecin signataire du contrat d'accès aux soins. Alors qu'on ne m'a jamais mise en garde, jamais informée et alors même que c'est la sage-femme qui l'a appelé et choisi, pas moi. Comment est-ce que je peux faire ?

► Des tarifs ne baissant pas et suscitant défiance et incompréhension

Alors que d'aucuns auraient pu imaginer que la limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires aurait pu entraîner une baisse des cotisations, l'expérience a montré qu'il en allait différemment :



La loi Touraine de janvier 2016 fait interdiction aux mutuelles de santé de rembourser les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins. L'économie ainsi réalisée par les mutuelles est considérable puisque les dépassements d'honoraires sont quasi systématiques et que seul un tiers des médecins a signé ce contrat. Avant cette loi en effet, tous les dépassements d'honoraires étaient remboursés par les mutuelles. Il paraîtrait normal dans ces conditions que les cotisations des mutuelles fixées lorsque tous les dépassements étaient remboursés soient revues à la baisse. Or il n'en est rien et lorsqu'on demande des explications on n'obtient que des réponses filandreuses...

► Des pratiques commerciales de niches contournant les limitations de prise en charge des dépassements d'honoraires

Cette réforme des contrats responsables n'empêche pourtant aucunement les complémentaires santé de proposer à leurs assurés des sur-complémentaires, soit dans le cadre de contrats individuels soit dans le cadre de contrats de groupe facultatifs. Ces sur-complémentaires sont des couvertures ajoutées au contrat initial mais qui ne sont pas

considérées comme des garanties responsables, elles ne sont pas soumises aux mêmes contraintes et ne bénéficient pas des mêmes avantages fiscaux pour les complémentaires santé :



Ma mutuelle m'incite à prendre une sur-complémentaire pour les dépassements d'honoraires. Du coup, j'ai examiné mon contrat d'un peu plus près et j'ai vu que la mention « hors CAS » figure de nombreuses fois. C'est quoi ?

Sous le prétexte d'une meilleure couverture santé, la mise en place de telles niches est incontestablement de nature à mettre en péril le fondement même des dispositions qui procédait de la volonté d'agir, indirectement, sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé concernés en les responsabilisant du fait de la limitation de la prise en charge par les complémentaires santé.

Un troisième niveau de couverture du risque maladie se met en place à la faveur de la réforme des contrats responsables, aux dépens des assurés qui, mal informés des conséquences de la mesure, sont exposés à des restes-à-charge « surprises » dont il convient de mesurer l'ampleur au plus vite.

Au regard de ces différents éléments, l'évaluation de l'impact des contrats responsables sur les dépassements d'honoraires et les équipements d'optique est indispensable et urgente pour conclure à l'intérêt ou non d'une telle mesure de régulation indirecte.

Dans cette attente, ce contrat responsable « nouvelle formule » a dès à présent pour effet concret de plafonner la prise en charge des dépassements d'honoraires de la majorité des médecins, notamment spécialistes. Ce déremboursement est particulièrement dramatique dans certaines zones géographiques où les praticiens de secteur 2 sont nombreux à facturer des dépassements supérieurs à 100% du tarif sécurité sociale, et notamment dans certaines spécialités comme la chirurgie libérale, l'anesthésie où il est courant de constater des dépassements élevés.

PORTABILITÉ DES CONTRATS DE GROUPE EN SANTÉ : DES PRATIQUES D'EXCLUSIONS EXIGEANT DES CLARIFICATIONS LÉGISLATIVES

Le principe de la portabilité est de permettre aux salariés involontairement privés de leur emploi de continuer, après la rupture de leur contrat de travail, pendant une période limitée, à bénéficier du contrat de groupe obligatoire de l'entreprise.

Cela concerne aussi bien les prestations prévues en matière de complémentaire santé que la prévoyance. L'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que les ex-salariés bénéficient de la portabilité « en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ».

Le texte prévoit par ailleurs que « l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ».

Certains organismes complémentaires traduisent ces dispositions comme la nécessité pour les bénéficiaires de justifier d'une inscription au Pôle emploi. Or, une telle interprétation pose d'importantes difficultés :



J'étais salarié de 2014 à 2016. Le 1^{er} mars 2016, je me suis trouvé en arrêt maladie. Celui-ci court jusqu'à ce jour sans période d'interruption. Pendant cette période, j'ai été licencié pour faute grave. J'ai reçu les documents administratifs de la part de mon employeur, notamment ceux relatifs à la portabilité des garanties santé et prévoyance, sur lesquels est mentionnée l'obligation de transmettre un justificatif d'indemnisation par Pôle Emploi. J'ai donc écrit à mon employeur à plusieurs reprises en lui indiquant que je me trouvais toujours en arrêt maladie et que de ce fait je ne pouvais pas m'inscrire au Pôle Emploi. Celui-ci n'a rien voulu savoir et me confirme par courrier que je dois renvoyer les documents de portabilité accompagnés d'une preuve de prise en charge par Pôle Emploi pour bénéficier des garanties santé et prévoyance de l'entreprise. Pourriez-vous, s'il vous plaît, m'aider à mettre en avant le caractère discriminatoire de la réponse de mon employeur afin que je puisse bénéficier des garanties santé et prévoyance tel que le prévoit la loi ?

Comme ce témoignage le soulève justement, les salariés licenciés se trouvant en arrêt maladie ne peuvent pas s'inscrire au Pôle emploi. Ceux inscrits au Pôle emploi et relevant ensuite d'un arrêt de travail voient de leur côté le versement de leur allocation suspendue.

Tirer prétexte de l'absence d'indemnisation concrète par le Pôle emploi pour refuser le bénéfice de la portabilité est absurde et revient à priver du bénéfice de la portabilité les personnes malades qui en ont justement besoin. Alerté de cette difficulté par une question parlementaire, le Ministre du Travail a répondu il y a maintenant 6 ans qu'une telle interprétation était contraire au texte et qu'un salarié en arrêt maladie pendant le préavis ou immédiatement après la fin du contrat de travail était éligible au dispositif de portabilité quand bien même il n'était pas en capacité de s'inscrire immédiatement au Pôle emploi, leur situation juridique correspondant à celle exigée par l'article L911-8, à savoir une cessation de contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par l'assurance chômage.

Nous savons que certaines personnes ont pu, en s'appuyant sur cette réponse ministérielle, obtenir gain de cause mais cela semble plutôt s'apparenter à une loterie :



Je vous ai déjà appelé à propos d'un problème de portabilité de mon assurance d'entreprise. J'ai été licenciée pour inaptitude, je ne me suis pas inscrite au chômage puisque actuellement, je suis en arrêt maladie. Je vous avais appelé il y a un mois et vous m'aviez donné la réponse ministérielle à l'assemblée nationale visant cette situation. J'ai envoyé ça à l'assurance qui me répond encore qu'il leur faut la preuve de l'inscription à Pôle emploi. Je ne sais plus quoi faire, du coup.

Cet état de fait n'est pas acceptable et il nous paraît essentiel de clarifier l'article L911-8 pour protéger les personnes en arrêt maladie injustement privées de leurs droits à la portabilité.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2016 :

J'ai de graves problèmes dentaires et le devis qu'on m'a fait est de l'ordre de 3000 euros alors que je n'ai que 900 euros pour vivre. Mon cardiologue veut que je me fasse suivre au niveau dentaire avant de subir une opération. Bien que je sois en affection de longue durée, le remboursement sera dérisoire et je ne peux pas payer de telles sommes. Pourtant, cette infec-

tion peut remettre en cause l'opération qu'on m'a faite.

Ma fille est actuellement en centre médico-éducatif où elle est censée recevoir des soins dans la structure. Comme le personnel était défaillant, nous avons réduit son temps de présence dans l'établissement et choisi des médecins à l'extérieur. Est-ce que ces soins seront pris en charge par la Sécurité sociale ?

J'ai fait une demande de prise en charge des frais de transport pour un acte médical qui ne se pratique qu'à Marseille et Paris. La Sécurité sociale refuse en disant que je dois aller à Poitiers. J'ai donc contacté cet hôpital qui me confirme que cet acte n'est pas pratiqué chez eux. Je transfère donc cette réponse à la CPAM qui maintient sa décision. Que faire d'autre ?

J'ai l'aide au paiement de la complémentaire santé mais quand je vais chez les médecins, ils ne me dispensent pas de l'avance des frais. Ce n'est pas normal, je crois.

Je vous contacte suite à des problèmes que je rencontre avec ma caisse primaire d'assurance maladie. J'ai des problèmes d'allergies et mon médecin me prescrit donc régulièrement des princeps en précisant de manière manuscrite «non substituable». Le pharmacien refuse de me faire bénéficier du tiers payant au motif que le conseil départemental de l'Ordre des pharmaciens a passé un accord local avec la caisse pour ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus des génériques.

J'ai fait une demande d'Aide médicale d'Etat pour une jeune femme il y a six mois. J'ai envoyé tous les courriers en recommandé avec accusé de réception et j'ai gardé les copies. La sécurité sociale me demande constamment de renvoyer des pièces déjà envoyées. J'ai même reçu hier une demande pour que j'envoie son titre de séjour qu'elle n'a pas par définition puisque l'Aide médicale d'Etat c'est pour les personnes en situation irrégulière !!!

Je requiers votre assistance car aujourd'hui je suis dans une situation difficile. En effet, ma mère bénéficiaire de la CMU complémentaire, a, comme enfant à sa charge, ma sœur et moi. Nous bénéficions donc de la CMU-C depuis le 1^{er} septembre de l'année 2016. Nous avons donc appelé la mutuelle étudiante pour savoir si les dossiers avaient été mis à jour. Dans un premier temps, ceux-ci nous ont indiqué n'avoir rien reçu de la part de la sécurité sociale. En joignant par la suite la sécurité sociale, celle-ci m'a affirmé qu'ils avaient envoyé les dossiers, et qu'on disposait bien de la CMU-C et qu'il s'agissait donc bien à la mutuelle étudiante de «faire son travail». Or, à chaque appel à la mutuelle, je reçois une version différente... La 1^{ère} version était qu'il fallait attendre 24h et recharger les cartes. La seconde version : qu'ils n'avaient pas reçu le dossier et qu'il fallait un papier prouvant qu'on disposait bien de la CMU, or ce papier n'est transmis que par la sécurité sociale à la mutuelle étudiante. La dernière version étant que le dossier avait bien été reçu et qu'il fallait attendre 10 jours de traitement. Au bout de 10 jours, le dossier n'est pas là, au bout des 10 jours suivants la première attente, le dossier n'était encore pas là. Je suis donc dans le flou le plus total. J'ai commencé mes démarches depuis septembre. Et aujourd'hui à la date du 24 octobre 2016 je n'ai toujours aucune information. Ayant des problèmes oculaires nécessitant une opération, cela fait 2 fois que l'opération a dû être reportée. Ma sœur doit faire un corset et des semelles pour ses problèmes lombaires. Enfin de surcroît sans la CMU-C, nous ne disposons plus de la gratuité des transports d'ici fin octobre. Et compte-tenu de nos revenus, il nous sera impossible de nous déplacer dans nos universités respectives. Cette situation est donc infernale.

J'ai été emmené de mon domicile à l'hôpital en urgence par le SMUR. S'en est suivi une hospitalisation pour un infarctus. Le SMUR me réclame maintenant plus de 941 euros correspondant au ticket modérateur de 35%. Est-ce normal alors qu'il semble que dans le cas d'un tel type de transport, l'établissement hospitalier dont dépend le SMUR intervenant est payé par les fonds des « missions d'intérêt général » (MIGAC), et qu'aucun paiement ne devrait être demandé à l'assuré social ?

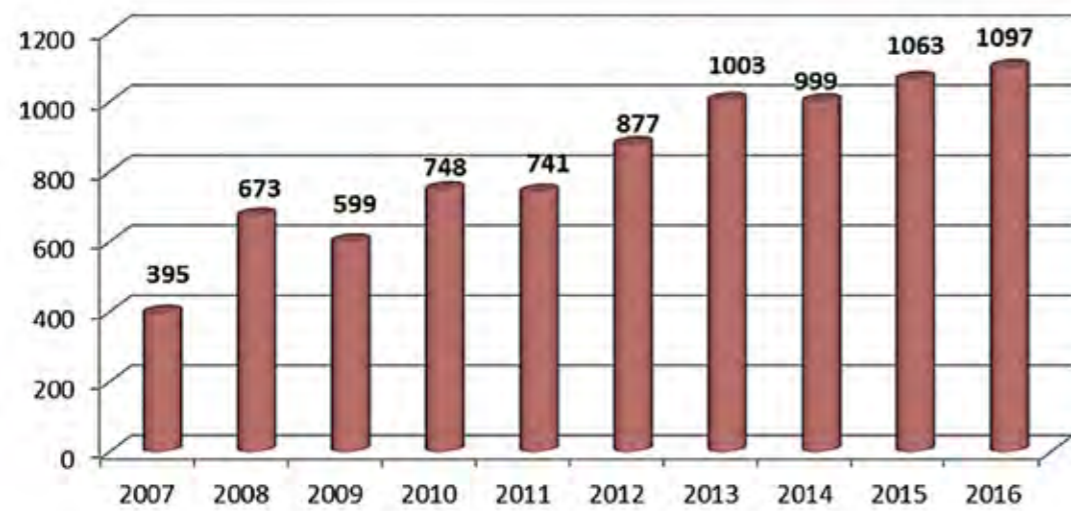
Retrouvez ces verbatim et beaucoup d'autres encore dans le Recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2016, disponible au format électronique sur le site Internet de France Assos Santé :
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL

Avec 11,6% des sollicitations, les questions relatives au droit du travail représentent le 5^{ème} sujet de sollicitations. Sont répertoriés dans cette thématique les questionnements mettant en jeu les relations de nos interlocuteurs avec leurs employeurs.

Pour la 2^{ème} année consécutive, les sollicitations relatives au droit du travail et à la santé sont en augmentation.



Parmi les problématiques les plus récurrentes figurent toujours le même trio de tête : les arrêts ou congé maladie, le temps partiel thérapeutique et les différents modes de rupture du contrat de travail. Fait notable, les questions de droit du travail relatives au « temps partiel thérapeutique » continuent de progresser significativement (221 sollicitations en 2016 contre 104 en 2014) et figurent désormais en seconde position.



Pour les agents de la fonction publique, certaines préoccupations semblent néanmoins plus importantes proportionnellement. Il s'agit du temps partiel thérapeutique, des congés d'accompagnement et de l'embauche ou de la titularisation, comme l'illustrent les témoignages suivants :



Je suis fonctionnaire hospitalier. J'ai déjà bénéficié d'un Temps Partiel Thérapeutique de 7 mois pour une affection mentale. Je suis à nouveau en maladie pour une autre affection (cancéreuse) et je dois reprendre en février à mi-temps thérapeutique. Mon employeur me dit que je n'ai droit qu'à un an de temps partiel thérapeutique dans toute ma carrière, soit les 5 mois restants. Est-ce exact ? Ou s'agissant d'une nouvelle affection, j'ai droit à nouveau à un an ? Y a-t-il un texte ?



Je suis fonctionnaire territorial et j'ai un enfant autiste. J'envisage de solliciter un congé de présence parentale puis à l'issue de demander une mise en indisponibilité. Je travaille à Metz mais je vais déménager à Chambéry avec mon compagnon. Est-ce que c'est possible de déménager dans le cadre d'un congé de présence parentale ? J'ai une autre question : puis-je bénéficier d'une mise en indisponibilité juste après un congé de présence parentale ?



Je dois être embauchée dans la fonction publique et je voudrais savoir si je dois informer que j'ai le VIH. Mes médecins me déconseillent de le dire et je voudrais savoir si c'est nécessaire de le dire. Et si oui, est-ce que ça empêcherait mon intégration ?

Au sein de la thématique « Santé et droit du travail », l'évolution du nombre de sollicitations par rapport à celle de l'année précédente est très disparate selon les sujets évoqués :

Contrats de groupe santé et prévoyance	+187,0%
Embauche et titularisation	+75,0%
Congé d'accompagnement	+40,0%
Aménagement de poste et reclassement professionnel	+34,6%
Accident du travail et maladie professionnelle	+13,0%
Temps partiel thérapeutique	+12,2%
Autorisations d'absence pour traitement	+9,1%
Arrêt maladie	+2,2%
Médecine du travail et comité médical	-1,2%
Rupture du contrat de travail	-13,1%
Harcèlement	-23,5%
Reconnaissance qualité de travailleur handicapé	-28,6%
Discrimination	-57,9%

En tête des problématiques connaissant une forte croissance en 2016 figurent les sollicitations relatives aux contrats de groupe santé et prévoyance.

Une telle augmentation résulte probablement de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2016, de la réforme de la couverture complémentaire obligatoire et de la prévoyance à la charge des employeurs prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Cette réforme a fait naître un certain nombre de difficultés relatives, notamment, à l'adhésion des salariés ainsi qu'à l'exécution des contrats comme en témoignent les sollicitations suivantes :



Mon employeur m'impose sa mutuelle alors que j'ai déjà une mutuelle familiale. Je me retrouve à payer deux fois. Est-ce normal ?

En outre, la généralisation des contrats de couverture complémentaire et la multiplication des contrats de prévoyance entraîneront inmanquablement une augmentation du contentieux relatif à l'exécution des contrats :



J'ai un contrat de groupe prévoyance qui prévoit un complément de salaire en cas d'arrêt maladie. Je suis arrêté et l'employeur est subrogé dans les droits. Il récupère les indemnités journalières de la sécurité sociale et la part prévoyance, sauf que comme il paie la moitié de mes cotisations prévoyance il dit qu'il a le droit de garder 50% de ce qui m'est versé par la prévoyance. Il a le droit de faire ça ?

Ainsi, la **loi n° 2016-1088 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 encore « Loi El Khomri » aborde la question de la santé au travail. Par certains de ces aspects, elle influe directement sur nombre de sujets concernant les appelants de Santé Info Droits.

Les nouvelles dispositions reprennent l'essentiel des recommandations du groupe de travail missionné par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, afin d'« *interroger la pertinence médicale et juridique, de la notion d'aptitude au poste de travail ainsi que de son appréciation systématique dans le cadre des examens prévus par le code du travail, au regard notamment de l'évolution des missions et des compétences des services de santé au travail ainsi que des moyens dont ils disposent* ».

Ce groupe concluait notamment qu'il était nécessaire « *de donner davantage de souplesse dans l'organisation de cette surveillance en l'adaptant aux besoins de santé des salariés liés à l'ensemble des facteurs de risque, professionnels ou non, auxquels il est soumis (...)* ».

La loi modifie en conséquence les règles relatives à l'inaptitude des salariés et les prérogatives du médecin du travail.

Le contrat de travail met à la charge du salarié et de l'employeur différentes obligations. A ce titre, il incombe notamment à l'employeur de préserver la santé de ses salariés. C'est dans ce cadre qu'a été mise à la charge de l'employeur l'organisation de visites médicales ayant pour but de s'assurer que le salarié est bien apte à occuper soit le poste auquel il postule, soit celui qu'il retrouve après un long arrêt de travail.

Le médecin du travail et le service de santé au travail occupent dans ce dispositif une place prépondérante. Il leur appartient de s'assurer de cette aptitude et plus largement d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail ou encore de favoriser leur maintien dans l'emploi.

Le médecin du travail est, pour ce faire, astreint au respect d'une procédure qui se veut garante des droits des salariés. Les modifications notables apportées par la loi du 8 août 2016 dans ce domaine impactent donc plus particulièrement les problématiques régulièrement soumises à Santé Info Droits ayant trait aux visites médicales ainsi qu'au respect par l'employeur des préconisations qui en sont issues ou encore à la rupture du contrat de travail. Afin de réorganiser la procédure, la loi « El Khomri » supprime des protections formelles et en crée d'autres. Elle uniformise en outre certaines règles qui différaient suivant l'origine professionnelle ou non de l'inaptitude. Ainsi, la loi imposait jusqu'alors que l'avis d'inaptitude soit prononcé, sauf quelques rares exceptions, après que le médecin a reçu le salarié à deux reprises et à quinze jours d'intervalle.

Le défaut d'organisation de cette seconde visite donnait lieu à des contentieux que les juges sanctionnaient par la nullité du licenciement ou par des dommages intérêts, lorsque les employeurs licencient les salariés sans que le médecin n'ait reçu le salarié à deux reprises.

Cette deuxième visite suscitait un certain nombre de questionnements qui étaient plus liés à la procédure elle-même qu'à la recherche réelle d'une solution d'aménagement ou de reclassement :



Je suis assistante sociale à la sécurité sociale. Je vous appelle pour un salarié qui a été en arrêt de travail pour maladie professionnelle. Il a rencontré le médecin du travail pour une première visite médicale de reprise. Puis, entre la première et la seconde visite, il a été en arrêt de travail pour la même pathologie que l'arrêt de travail initial. Il a été déclaré inapte au poste à la seconde visite mais je vous précise qu'il n'était pas en arrêt lors de cette seconde visite. Est-ce que l'arrêt de travail entre ces deux visites peut remettre en cause la validité de la procédure d'inaptitude ?

Si le médecin du travail n'est plus contraint de recevoir le salarié une seconde fois avant de prononcer l'avis d'aptitude, cette faculté lui est toutefois laissée lorsqu'il considère que cet autre examen est « *nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision* » (article R4624-42 du Code du travail).

La loi ajoute par ailleurs de nouvelles protections dans la procédure d'inaptitude pour affection d'origine non professionnelle.

C'est ainsi que l'employeur est désormais tenu de consulter les délégués du personnel lorsqu'il propose un emploi approprié aux capacités du salarié déclaré inapte.

De même, qu'importe l'origine professionnelle ou non de l'aptitude, la loi étend l'obligation d'informations à la charge du médecin du travail. Celui-ci est désormais tenu d'éclairer son avis d'inaptitude par des conclusions écrites. Le groupe de travail préconisait une telle obligation afin « *d'éviter la rédaction de préconisations difficilement compréhensibles pour l'employeur et pour conforter le médecin du travail dans les choix qu'il opère* ».

Le médecin du travail doit également formuler des indications sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise et sur l'aptitude du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté.

Si, dans les textes, des outils semblent mis en place pour favoriser la recherche effective d'aménagement ou de reclassement, se posera toujours la question du respect par l'employeur des préconisations médicales et de la faculté du salarié à refuser la réaffectation proposée par l'employeur.

Il arrive en effet que l'employeur refuse de mettre en œuvre les préconisations du médecin qui considère, à l'issue de la visite médicale de reprise, que le salarié est apte avec réserve, comme en témoigne l'exemple suivant :



Que dois-je faire suite à la non-application des préconisations du médecin du travail pour le réaménagement de mon poste de travail depuis août 2015 ayant depuis entraîné un arrêt maladie d'1 mois. Suite à cela, la visite de reprise effectuée 1 mois après, j'ai été déclaré inapte à la reprise de mon travail. Le CHSCT demande à avoir des précisions du médecin du travail suite à mon arrêt pour l'inaptitude.

L'article **L4624-6 du Code du travail** oblige l'employeur à tenir compte des préconisations du médecin du travail ou à défaut, et c'est une nouveauté, de motiver son refus par écrit adressé au travailleur ainsi qu'au médecin.

Les décrets d'application de la loi « El Khomri » datant de la fin d'année 2016, nous ne bénéficions pas du recul nécessaire pour nous prononcer sur l'opportunité et l'efficacité de ces dispositions. Les questions et témoignages que nous ne manquerons pas de recevoir seront l'occasion d'exercer notre devoir de vigilance vis-à-vis des travailleurs les plus fragiles et dans un contexte législatif risquant de surcroît d'être mouvant en raison des nouveaux projets gouvernementaux en matière de droit du travail.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et droit du travail » en 2016 :

Je suis arrêtée depuis 2 semaines. Une de mes collègues m'envoie des textos de la part du patron par lesquels elle me demande de travailler même à domicile parce que la charge de travail est trop importante. Qu'est-ce que je dois faire?

Je suis assistante sociale et je m'occupe d'un salarié en arrêt de travail jusqu'au 23 août. Son employeur a organisé une contre visite médicale à son domicile. Or il s'était absenté pour acheter des médicaments. L'employeur n'a pas validé ce motif et interrompt son complément de versement d'indemnités journalières. Il va sans doute être prolongé. Le retrait de ses droits va-t-il continuer de s'appliquer ?

Mon époux vient de reprendre aujourd'hui en temps partiel thérapeutique, mais l'employeur ne respecte pas les préconisations de la médecine du travail. Que pouvons-nous faire ?

J'ai eu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la MDPH en avril 2016. Actuellement, je fais l'objet d'un licenciement économique (redressement judiciaire) et ils n'ont pas tenu compte de ma situation particulière : ai-je droit au doublement de l'indemnité de licenciement ?

Un de mes patients a fait un arrêt cardiaque alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail mais en dehors des heures de travail. La caisse refuse de reconnaître le caractère professionnel de son arrêt. Faut-il contester ?

Je suis fonctionnaire et j'ai été victime d'un accident du travail. J'ai adressé le volet 3 (volet employeur). Mon administration me dit que le document est illisible et me demande de lui fournir le volet 1 alors qu'il contient des informations sur ma pathologie. Je ne sais pas si je peux refuser de l'envoyer.

Je suis inapte au poste et mon employeur propose de me reclasser dans un poste qui ne me convient pas, est-ce que j'ai le droit de refuser, sachant que j'ai très peur du chômage ? Mon médecin me conseille de refuser ce poste mais moi je ne sais que faire...

Mon frère est très malade. Je veux prendre quelques semaines pour rester à son chevet parce que ma mère n'y arrive plus. Quels sont les dispositifs dont je peux bénéficier pour m'absenter du travail ?

J'ai la maladie de Crohn et je suis obligé de prendre des heures pour aller faire un traitement; existe-t-il des aménagements du temps de travail pour les personnes dans ma situation ?

Je suis exposé dans le cadre de mon travail à des polluants et je présente une allergie qui met en danger ma santé. Le médecin du travail m'a déclaré apte sans aménagement alors que je travaille en sous-sol dans un environnement qui est contre-indiqué pour moi et qui détériore mon état de santé. Mon allergologue m'a orienté vers le service de pathologie professionnelle, je voulais savoir si une telle démarche était nécessairement contentieuse.

Je suis secrétaire du CHSCT et je suis un peu dépourvu pour répondre à la demande d'un des salariés. Voilà ce dont il s'agit : il est reconnu travailleur handicapé mais son poste (qui est soit disant adapté) n'est pas le reflet de son contrat de travail et l'oblige à faire des tâches répétitives, difficiles et contraignantes par les positions au vu de son handicap (plusieurs hernies cervicales avec pose de matériel chirurgical = plaque Titane et clous et hernie lombaire). Ces douleurs sont tellement insupportables qu'il doit prendre des anti-inflammatoires à base de morphine en continu. Ma question est : comment, par et avec qui peut-il faire la demande pour travailler à mi-temps ?

Je suis infirmière anesthésiste. J'ai travaillé pendant plusieurs années dans une société d'anesthésiste. Un jour, j'ai été piquée par une aiguille pendant un soin. Mon employeur a refusé de faire une déclaration d'accident du travail et de mettre en œuvre la procédure de prévention des maladies transmissibles. Plus tard alors que j'allais donner mon sang, on m'a annoncé que j'avais l'hépatite C. J'ai pu obtenir la reconnaissance d'une maladie professionnelle. La prise en charge médicale a été difficile, du coup je n'ai pas travaillé pendant longtemps. Aujourd'hui (près de 20 ans après les faits) j'ai voulu prendre ma retraite. Il m'a été dit que tous ces trimestres pendant lesquelles je n'ai pas cotisé vont diminuer ma retraite. Je me dis que c'est de la faute de mon employeur si je n'ai pas pu travailler. Je voudrais donc savoir s'il est possible d'engager la responsabilité de mon employeur.

Mon mari est harcelé au travail. Il est en maladie. Je voudrais écrire au CHSCT. Je voudrais dénoncer cette situation, et comprendre pourquoi. Puis je demander une médiation ?

Mon employeur peut-il me licencier parce que j'ai la RQTH? Peut-il me sanctionner parce que je le lui ai caché ?

Je vous parle d'un ami schizophrène qui vient d'être hospitalisé sur la demande de ses parents. Ce n'est pas la première fois mais je cherche à les aider. Du coup je me renseigne. Il a donné sa démission pendant qu'il était dans une phase de délire, est-ce annulable ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le Recueil des témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits pour l'année 2016 disponible au format électronique sur le site Internet de France Assos Santé

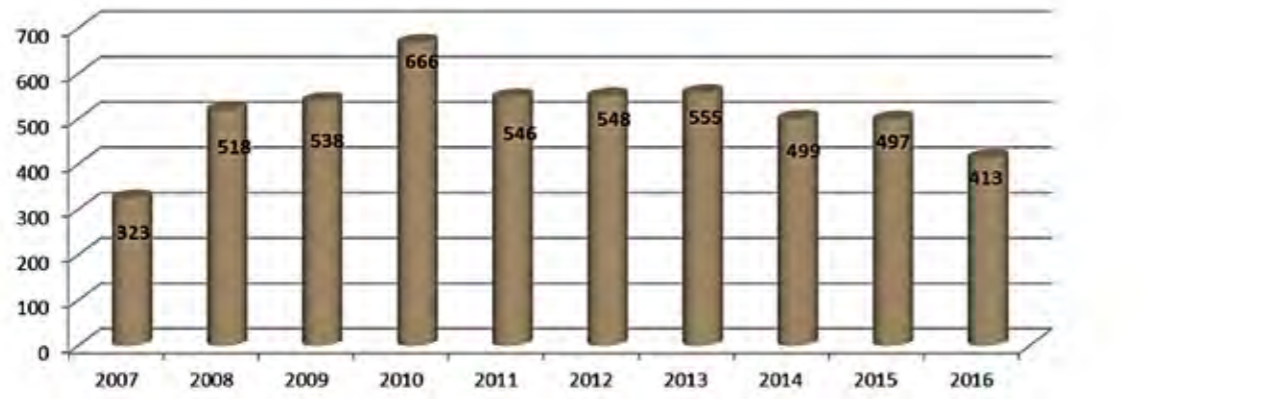
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



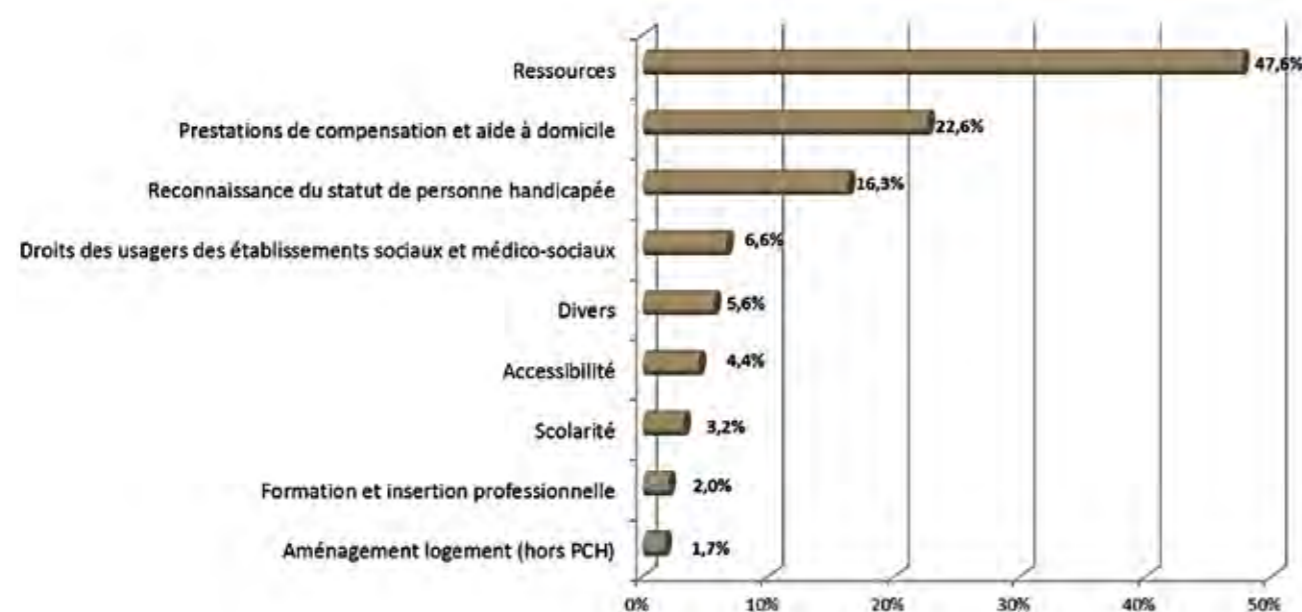
SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE

Réunis au sein de la sixième et dernière grande thématique de sollicitations, ces questionnements concernent à la fois les personnes mineures ou majeures, en situation de handicap ainsi que les personnes âgées en perte d'autonomie causée notamment par leur grand âge. Cette thématique subit une forte baisse cette année, qui ne saurait s'expliquer, comme on peut aisément l'imaginer, par une diminution du nombre d'usagers concernés par ces problématiques.

Évolution de la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » depuis 2007



Répartition des sollicitations de la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » en 2016

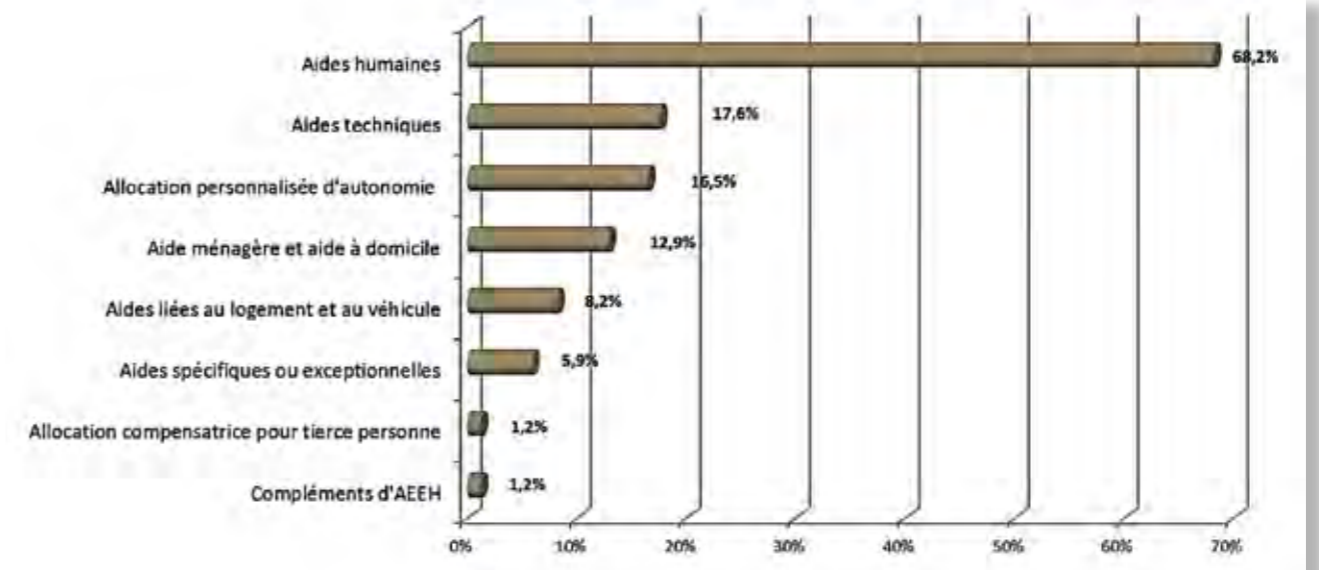


La question des ressources constitue la première source de préoccupations de personnes en situation de handicap. Cela se justifie pleinement par la nécessité impérieuse de pouvoir subvenir à ses besoins quotidiens et, bien que relevant simplement d'un minima social, le bénéfice de l'allocation adulte handicapé est une priorité absolue pour les personnes en situation de handicap.



J'ai eu 2 ruptures d'anévrisme et un autre plus petit. Le premier en 1988 et l'autre en 2005. Depuis, j'ai 3 crises d'épilepsie partielle par semaine et une grosse par mois. Avant, je touchais l'AAH mais depuis février, la MDPH de mon département a rejeté mon renouvellement d'AAH. Ils ont déclaré que je pouvais travailler comme handicapée. Le problème est que Pôle emploi ne pense pas pouvoir me trouver un emploi avec toutes ces crises d'épilepsie. Je ne sais plus quoi faire, j'ai beau leur envoyer des recours mais ce n'est pas leur problème...

Viennent seulement ensuite, pour près d'un quart de ces mêmes usagers, les questionnements ayant trait aux prestations visant à compenser le handicap via un soutien dans le financement d'une aide technique (un fauteuil roulant...), de frais d'aménagement du logement (installation d'une douche...), d'aménagement du véhicule (remplacement d'une boîte de vitesses mécanique par une boîte de vitesses automatique...), une aide-ménagère pour la cuisine ou le ménage quotidien ou encore une participation à l'achat ou à la formation d'un chien-guide pour malvoyants.



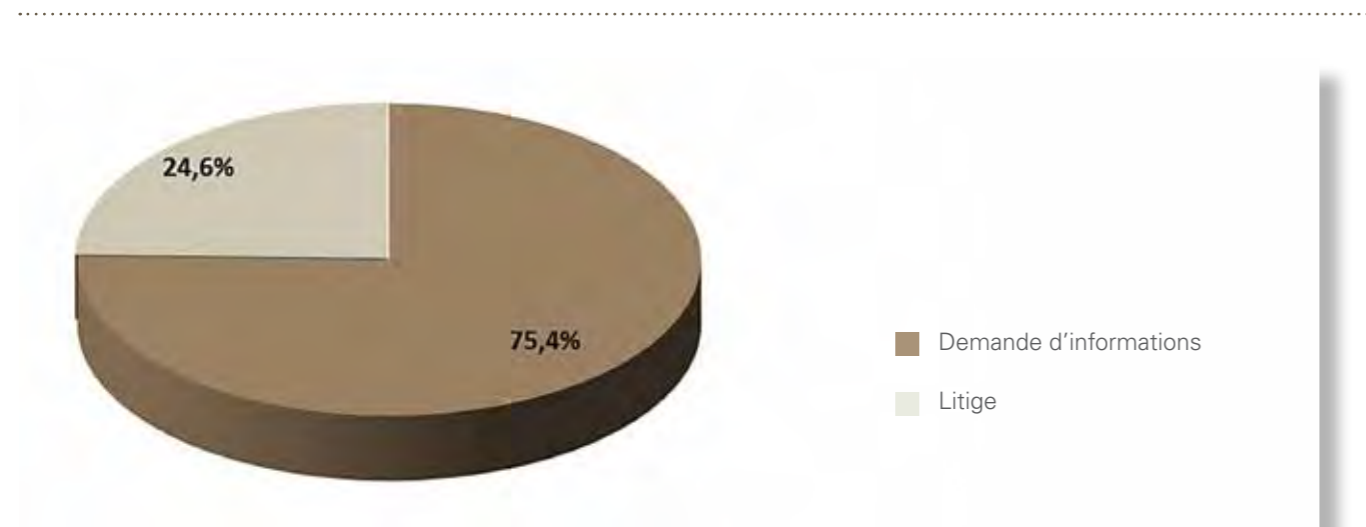
Mais ce qui concerne le plus nos interlocuteurs, ce sont les besoins en aides humaines pour les actes essentiels de la vie courante de la personne en situation de handicap.



Ma compagne a la maladie de Charcot. Personne ne la traite correctement, elle a une prestation de compensation du handicap (PCH) mais ce n'est pas assez, j'ai demandé la réévaluation des heures d'aide humaine mais cela a été refusé car selon la Maison départementale des personnes handicapées, il n'y avait pas d'aggravation.

Ces problématiques conduisent à beaucoup de litiges car il y a une vraie différence entre le vécu quotidien des personnes en situation de handicap et l'évaluation parfois trop neutre, trop loin des conditions de vie, effectuée par les services de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Répartition des sollicitations « Situations de handicap et de perte d'autonomie » en fonction de la nature de la demande



Même lorsque les personnes en situation de handicap trouvent l'énergie de contester les décisions des organismes, les résultats ne sont pas vraiment probants malgré des décisions de justice favorables :



Je suis tétraplégique et je bénéficiais d'une aide humaine par la MDPH à raison de 9 heures par jour. Suite à la grille GEVA sur les besoins en aide humaine, la PCH a été réduite à 3 heures par jour. J'ai fait un recours devant le TCI puis devant la Cour d'appel. J'ai déposé le recours il y a trois ans et je n'ai aucune réponse, ni information de leur part. Que puis-je faire ? Je voulais également avoir un autre renseignement. Les médecins de la MDPH dans le cadre toujours de la PCH me demandent de passer plein d'exams médicaux (tous les 6 mois) et ce depuis bientôt deux ans. Est-ce normal ?



Lorsqu'un jugement rendu par le tribunal du contentieux de l'incapacité majeure le quota horaire (PCH aide humaine) attribué primitivement par la CDAPH, quelle est la procédure à suivre lorsque le service prestations du conseil départemental - auquel ont été communiqués le jugement et le certificat de non appel - s'obstine à ne pas vouloir appliquer le jugement ? En dernier ressort, l'intervention d'un huissier de justice est-elle la procédure légale pour faire procéder à l'exécution du jugement ?

En matière d'aide humaine, bon nombre de personnes en situation de handicap utilisent soit la prestation de compensation délivrée par la maison départementale des personnes handicapées, soit l'aide personnalisée à l'autonomie délivrée par le Conseil départemental, pour employer un aidant familial soit en le salariant soit en le dédommageant car il n'est pas possible de salarier son conjoint, par exemple.

Les proches sont alors d'une aide extrêmement précieuse d'autant qu'ils compensent très souvent les besoins de la personne bien au-delà des aides financières qui sont attribuées :



Je suis l'aidant de mon mari. Mon mari a eu un accident il y a 20 ans. Il est tétraplégique complet, ne pouvant bouger que sa tête mais il a toutes ses capacités mentales. Il est resté 2 ans en centre puis il est rentré au domicile et la MDPH lui a attribué un plan d'aide de 24H/24H, dont 6 heures par jour d'auxiliaire de vie assumées par une structure et 18 heures d'aidants familiaux. Mon mari étant insuffisant respiratoire, il a l'oxygène la nuit et ponctuellement dans la journée. De plus, il a une sonde gastrique qui ne lui sert pas à se nourrir mais à évacuer de l'air qu'il accumule dans l'estomac suite à un mauvais fonctionnement respiratoire. Mon mari ne peut rester seul car une toux ou une contracture peuvent lui provoquer un blocage du diaphragme et un ballonnement qui bloque sa respiration. Dans ce cas, il faut très rapidement lui mettre

l'oxygène et déboucher sa sonde pour qu'il reprenne sa respiration. Pendant 16 ans, en mon absence, les auxiliaires de vie que j'avais formées ont toujours géré ce problème particulier de mon mari, nous permettant de le maintenir à domicile dans de bonnes conditions pour lui et pour moi. Au début de cette année, la structure a décidé que ces gestes étaient des gestes infirmiers et que les auxiliaires de vie ne devaient plus les faire. Mais ce problème étant ponctuel et imprévisible je ne peux avoir une infirmière en permanence auprès de mon mari au cas où. Alors je n'ai trouvé comme solution que de rester en permanence auprès de lui ou de lui faire prendre des risques. J'aurai donc voulu savoir si dans ce cas bien particulier, par délégation de tâches, par l'intermédiaire d'un docteur ou d'une infirmière et avec l'accord du patient, il serait possible d'autoriser mes auxiliaires de vie à faire ces gestes indispensables.



Je bénéficie d'un aidant familial au titre de la PCH, on m'indique que je ne pourrai plus employer cet aidant car il va être à la retraite. La retraite est-elle incompatible avec le statut familial ? On me dit également que l'aidant ne peut pas aller à la pharmacie me chercher mes médicaments, que ce n'est pas son rôle, pouvez-vous m'éclairer ?

S'il est un sujet qui mobilise nombre d'acteurs sur cette thématique, c'est bien la reconnaissance du statut d'aidants familiaux. Des associations dédiées se sont même créées en vue d'améliorer la prise en compte de cette charge très lourde que supportent les proches de personnes malades ou en situation de handicap pendant de nombreuses années.

Quid des droits à l'assurance maladie, à l'assurance vieillesse ? Quid de la validation des acquis et de l'expérience de ces personnes qui ont parfois dédié une partie entière de leur vie ?



J'ai été déclarée depuis près de dix ans auprès de l'assurance vieillesse car je suis l'aidante de mon compagnon. J'ai la PCH depuis très peu de temps mais du temps où on était dans le Pas-de-Calais, on ne l'avait jamais eue. Est-ce qu'on peut la récupérer pour les années où l'on ne l'a pas perçue car l'assistante sociale de l'époque ne nous avait pas informés que ça existait.

Il apparaît plus qu'urgent de prendre en compte cette réalité en développant l'information des aidants sur les dispositifs juridiques susceptibles de les concerner, de leur faire bénéficier de formations adaptées au handicap de leur proche et de leur offrir des solutions de répit afin d'éviter la déconnexion psychologique, sociale, émotionnelle.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » en 2016

Est-ce que quelqu'un qui est retraité de la Fonction publique pour invalidité a le droit de demander l'AAH ?

Je bénéficiais de l'allocation adulte handicapé et je viens de recevoir un courrier m'indiquant que cette allocation allait cesser de m'être versée et que je devais faire une demande d'allocation solidarité pour les personnes âgées. Qu'en est-il ?

Je suis en arrêt maladie en rapport avec une affection de longue durée (ALD). Pourriez-vous me dire si les indemnités journalières en rapport avec une ALD doivent être déclarées à la caisse d'allocations familiales (CAF), sachant que celles-ci ne le sont pas aux impôts ? En effet, il y a un an de cela, un contrôleur de la CAF est venu à mon domicile pour faire le point sur mon dossier. Elle m'a dit qu'elle allait se renseigner et m'a confirmé par téléphone que ces indemnités journalières ne sont pas à déclarer à la CAF. Seulement aujourd'hui, la CAF me demande de les déclarer pour réétudier mes droits à l'AAH. J'ai regardé un peu partout et il y a toujours deux versions.

Je vous appelle pour un membre de mon entourage qui a fait une demande d'AAH qui lui a été refusée. Un recours est en cours. Entre temps il y a eu une évolution de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique. Peut-elle faire une nouvelle demande d'AAH ? Est-ce que c'est compatible avec un maintien du recours en cours ?

Mon petit garçon de 4 ans est hémophile. Lors du renouvellement de la demande d'AEEH, la MDPH lui a baissé son taux d'incapacité alors que le médecin avait demandé un renouvellement à l'identique. Quels sont mes recours ?

J'ai plusieurs pathologies et je suis reconnu en ALD. Je ne suis pas autonome et j'ai besoin d'un fauteuil roulant pris en charge par la CPAM. La MDPH a bloqué la livraison du fauteuil au motif que l'ergothérapeute voulait me voir avant mais elle ne vient pas et cela fait deux mois que cela dure et je n'arrive pas à la joindre.

J'ai 55 ans, je suis diabétique insulino-dépendant depuis l'âge de 12 ans. Je commence à rencontrer des difficultés au niveau de mon travail : fatigue chronique, hypoglycémies, difficultés à gérer mon traitement allant de 5 à 7 injections /jour, hypertension artérielle... et plein d'autres choses encore. Je voudrais savoir s'il est possible et comment obtenir un statut de travailleur handicapé pour essayer d'avoir un travail à temps partiel, ce que cela peut m'apporter au niveau de mon emploi, ce que je risque en déclenchant cette démarche.

Je vous appelle pour un enfant de 8 ans qui est scolarisé dans la région niçoise. Il doit prendre un cachet à midi. L'école refuse de prendre cette responsabilité. Conséquence, la mère doit poser une semaine de congé le temps du traitement et conserver l'enfant chez elle. Il manque donc 1 semaine d'école, ce n'est pas acceptable. Nous pensons qu'il existe un texte qui oblige l'école à assurer les conditions de la prise du traitement. Pouvez-vous nous fournir les références du texte et des exemples auxquels vous auriez été confrontés et qui se sont résolus en faveur de la personne qui est atteinte d'une maladie chronique ou de handicap ?

J'ai une amie en maison médicalisée et je pense que l'on ne s'occupe pas bien d'elle. Elle aurait besoin d'un suivi cardiaque car elle est reconnue en ALD et s'est fait poser un pacemaker mais respire très mal. Elle voit également de moins en moins bien et je pense qu'elle aurait aussi besoin de se faire reconnaître en ALD pour la DMLA mais le problème, c'est qu'il y a déjà très peu de médecins sur place et que le personnel de l'établissement refuse de prendre les rendez-vous dont elle aurait besoin et l'accompagner chez le médecin car elle a besoin d'être accompagnée. Peut-elle avoir une prise en charge pour les transports par la Sécurité sociale ? Quelles sont les solutions pour signaler des problèmes de négligences dans les maisons de retraite ?

Je cherche à savoir si la CPAM ou l'ARS peuvent octroyer un budget supplémentaire à un EHPAD afin de lui permettre d'accueillir un résident qui présente une obésité morbide et ce afin de majorer le ratio de personnel autour de cette personne qui a particulièrement besoin de soins, de stimulation et d'accompagnement. A défaut, je constate que les établissements sollicités ne donnent pas suite et la personne n'est pas retenue car les EHPAD craignent de voir leur personnel s'user au détriment des autres résidents.

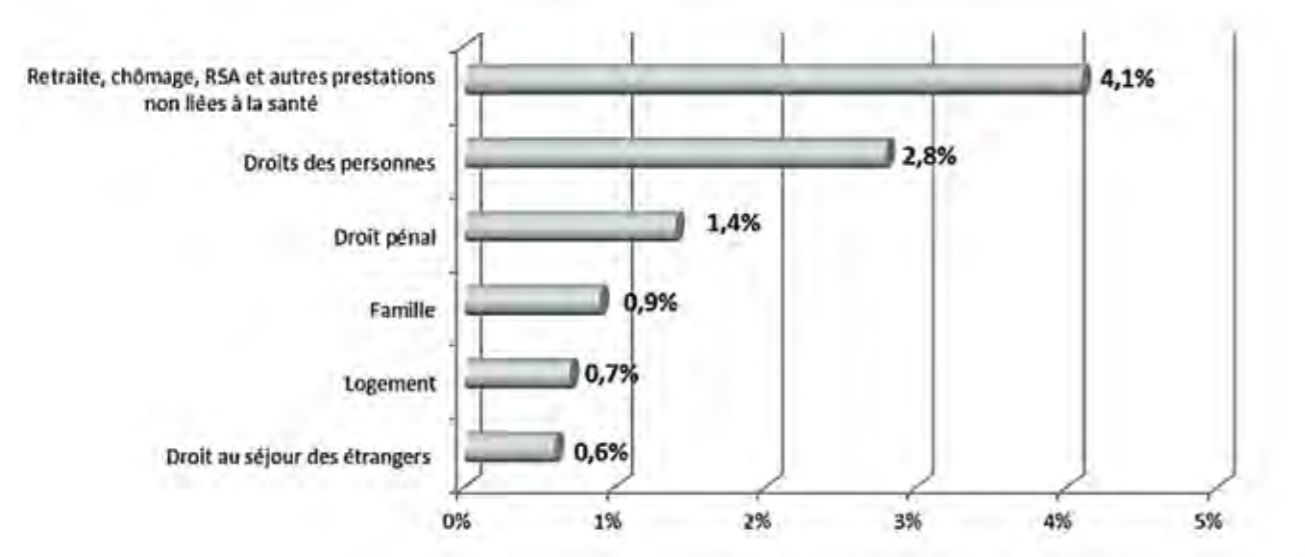
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres dans le Recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2016, disponible au format électronique sur le site Internet de France Assos Santé :

www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

AUTRES THÉMATIQUES DE SOLLICITATIONS

Les problématiques abordées dans cette partie, bien que plus marginales d'un point de vue statistique, représentent plus de 10 % de la totalité des sollicitations et n'en sont pas moins très fréquemment éclairantes quant aux conséquences de l'état de santé sur le quotidien des personnes malades.

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



Les témoignages suivants permettent d'appréhender comment ces différentes thématiques sont en lien avec les problématiques de santé :

► L'articulation entre chômage et arrêt maladie



J'ai été licencié pour motif économique il y a 1 an et demi. J'ai des grosses lombalgies et je suis complètement incapable de rechercher un emploi. J'ai vu mon médecin qui ne m'a pas fait d'arrêt de travail vu que je suis au chômage. Je voudrais savoir comment ça se passe au niveau financier et si je vais avoir quelque chose pour vivre si je ne perçois plus l'allocation chômage (ARE). Cela fait depuis très longtemps que j'ai ces lombalgies et je pense que je ne serai pas en état d'exercer une activité même après la fin de la période de versement de l'ARE. Quelles solutions pouvez-vous me proposer ? Ah, je ne savais pas que je pouvais bénéficier d'indemnités de la Sécurité sociale en tant que demandeur d'emploi.

► Les conséquences des arrêts de travail sur le calcul des indemnités chômage



Je suis en arrêt pour accident du travail. J'exerce une activité professionnelle réduite et je suis indemnisé par le Pôle emploi au titre de ma précédente activité professionnelle. Là je suis en arrêt et j'ai un problème car la Sécurité sociale ne me verse que les indemnités journalières qui correspondent à mon activité actuelle soit 80 heures par mois à temps partiel et pas de mon ancienne activité à temps complet. J'ai vu qu'il existait une circulaire pour les personnes dans ma situation mais la caisse refuse de me l'appliquer.



► Les conséquences du temps partiel thérapeutique sur le calcul des indemnités chômage



J'ai un problème avec ma conseillère Pôle emploi car je pense qu'elle a mal calculé mon ARE. Voici ma situation : j'étais en arrêt de janvier à novembre 2015 puis en temps partiel thérapeutique jusqu'à fin mars 2016; puis reprise à temps plein jusqu'à mon licenciement pour inaptitude fin septembre. Ma conseillère considère que pendant mon temps partiel thérapeutique, j'ai gagné un demi-salaire et prend cela en compte comme ma rémunération habituelle, donc cela baisse substantiellement mon ARE. Je ne pense pas cela et je voudrais vérifier ce point avec vous.

► L'articulation entre chômage et invalidité



Suite à l'évolution d'une maladie neurologique, j'ai été mise en invalidité 2^{ème} catégorie le mois dernier. Le médecin du travail vient de me déclarer inapte à mon poste de travail et la demande de reclassement n'a quasiment aucune chance d'aboutir, je m'attends à un licenciement pour inaptitude médicale début avril. Or, je n'arrive pas à trouver d'information fiable concernant le délai maximum admis pour l'inscription à Pôle Emploi après la fin du contrat de travail. D'un côté, je lis un an, est-ce le cas pour les personnes en invalidité (avec RQTH également) ? Lorsque je leur ai posé la question à Pôle emploi directement, deux personnes différentes m'ont donné deux réponses différentes. Je voudrais prendre le temps qu'il faut pour me soigner correctement, tenter une voire plusieurs interventions chirurgicales lourdes qui permettraient peut-être de stopper l'évolution de la maladie, et donc reporter d'autant que nécessaire ma recherche effective d'un nouvel emploi, d'où cette question.

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



J'ai été reconnu en 1990 en RQTH et ce jusqu'en 2000. Par la suite, je n'ai pas fait de nouvelle demande. J'ai fait une demande de renouvellement de mon statut à compter de 2014. J'ai 57 ans et je souhaite bénéficier d'une retraite anticipée. La Caisse de retraite me demande de justifier que j'ai bénéficié d'une RQTH ou d'une autre situation d'incapacité pendant la période d'assurance exigée au titre de la retraite anticipée. Or, bien que je n'aie fait aucune demande de RQTH entre 2000 et 2014, mon état n'a pas changé, j'ai conservé le même handicap. Pouvez-vous me conseiller ?

► La prise en compte de l'inaptitude pour le calcul de la retraite



J'ai été licenciée pour raison économique en juillet 2015 alors que j'avais déjà atteint l'âge légal de départ à la retraite. Comme je percevais une pension d'invalidité, la caisse m'a dit qu'elle ne pouvait plus me verser de pension parce que je n'exerçais plus d'activité salariée. J'ai donc demandé à liquider ma pension de retraite. Et la CNAV me répond que je ne peux pas bénéficier du taux plein pour inaptitude parce que je n'ai plus de pension d'invalidité. C'est n'importe quoi ! Qu'est-ce que je dois faire ? Je n'ai aucune ressource !

► Dispositif carrière longue et maladie



J'ai 57 ans et demi, j'ai commencé à travailler à 18 ans, ce qui fait que j'ai pratiquement tous mes trimestres et que j'espère disposer à 60 ans du dispositif carrière longue. Seulement voilà près de deux ans que je suis en arrêt maladie. Est-ce que je peux valider des trimestres alors que je suis en arrêt ?

► Retraite et aidants familiaux



J'appelle pour une mère d'un enfant atteint d'hémophilie, qui s'est arrêtée de travailler durant 10 ans pour s'occuper de son fils. Elle arrive aujourd'hui à la retraite et souhaiterait valoriser ce temps-là dans ses cotisations. Est-il possible pour elle d'ajouter ces 10 ans en tant que «mère au foyer s'occupant d'un enfant malade» dans ses cotisations retraite ? Si oui, quelles sont les démarches à effectuer ?

► La mise en place de mesures de protection juridique



Je vous appelle pour mon fils qui est schizophrène. Nous avons décidé de mettre en place une mesure de protection avec son accord. Comment faire ? A qui s'adresser ?

► L'exercice de la mesure de protection



Je vous appelle car mon fils est sous tutelle et l'organisme de tutelle dépasse ses pouvoirs, il décide de ses relations avec son père, des activités sportives qu'il doit faire. J'ai saisi le juge des tutelles. Il me semble que cela constitue un dépassement de pouvoir. Qu'en pensez-vous ?

► Modification de la mesure de protection



Je suis sous curatelle renforcée à la suite d'une hospitalisation à l'initiative d'un tiers et l'expert avait décidé que le curateur devait être extérieur à la famille mais le juge a décidé de mettre mon frère. Comment je peux faire pour changer cela parce que ce n'est plus possible. Je veux m'éloigner d'eux.

► L'aptitude à la conduite



Je suis atteint de la maladie de Parkinson. J'ai fait un test de conduite avec mon ergothérapeute et le test a été positif. Il m'a dit que je devais procéder à un contrôle médical auprès de la préfecture et que je devais remettre mon permis en échange d'une attestation provisoire de conduite. Je devrais ensuite me soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin agréé. Je voudrais savoir si je suis obligé de me soumettre à cet examen ? Dois-je déclarer à l'assureur ma pathologie ?

► Les atteintes à la vie privée



Je suis séropositive et une personne proche s'amuse à déclarer ma séropositivité sur les réseaux sociaux en demandant à ce qu'on s'éloigne de moi. Qu'est-ce que je peux faire ?

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



Je suis séropositif, j'ai obtenu ma carte verte pour les États-Unis mais j'ai un examen médical à réaliser et je me demande si le fait d'être séropositif ne sera pas problématique pour que je conserve cette carte ou que je puisse rentrer sur le territoire américain.

► Pénal



Ma mère est victime d'un magnétiseur qui lui dit qu'elle va guérir son cancer en la magnétisant par téléphone et qu'elle n'a pas besoin de faire de chirurgie. Que faire ?



Je suis bipolaire et à cause de ma maladie, un jour j'ai refusé de m'arrêter lorsqu'un policier me l'a demandé. Du coup, j'ai une convocation devant le tribunal en juillet pour refus d'obtempérer. Je peux invoquer ma maladie pour me défendre ?

► Délégation d'autorité parentale



Je vous appelle pour une dame qui va bientôt décéder, et qui voudrait obtenir une délégation d'autorité parentale de ses enfants mineurs au profit de sa belle-sœur avec laquelle elle vit depuis plusieurs années. Peut-elle l'obtenir et comment ?

► Les difficultés en matière de logement insalubre



Je voudrais demander une expertise pour faire constater l'insalubrité de mon logement incompatible avec mon état de santé, eu égard à ma maladie rare. Existe-t-il une procédure ?

► La protection en faveur des locataires malades



Je suis psychologue à l'hôpital et j'accompagne une jeune femme chez qui l'on vient de diagnostiquer un sida déclaré à un stade avancé. Cela fait plusieurs années qu'elle est très mal sur le plan psychologique. Elle a complètement perdu pied et ne payait plus son loyer. Elle fait l'objet d'une décision d'expulsion du tribunal d'instance. Qu'est-ce qu'on peut faire ?

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



J'accompagne une personne de Centrafrique qui est en France depuis 2002 et qui a une autorisation de séjour pour soins depuis 2004. Aujourd'hui, elle a déménagé et a changé de département et la Préfecture a indiqué que le médecin avait donné un avis défavorable. Que peut-elle faire ?

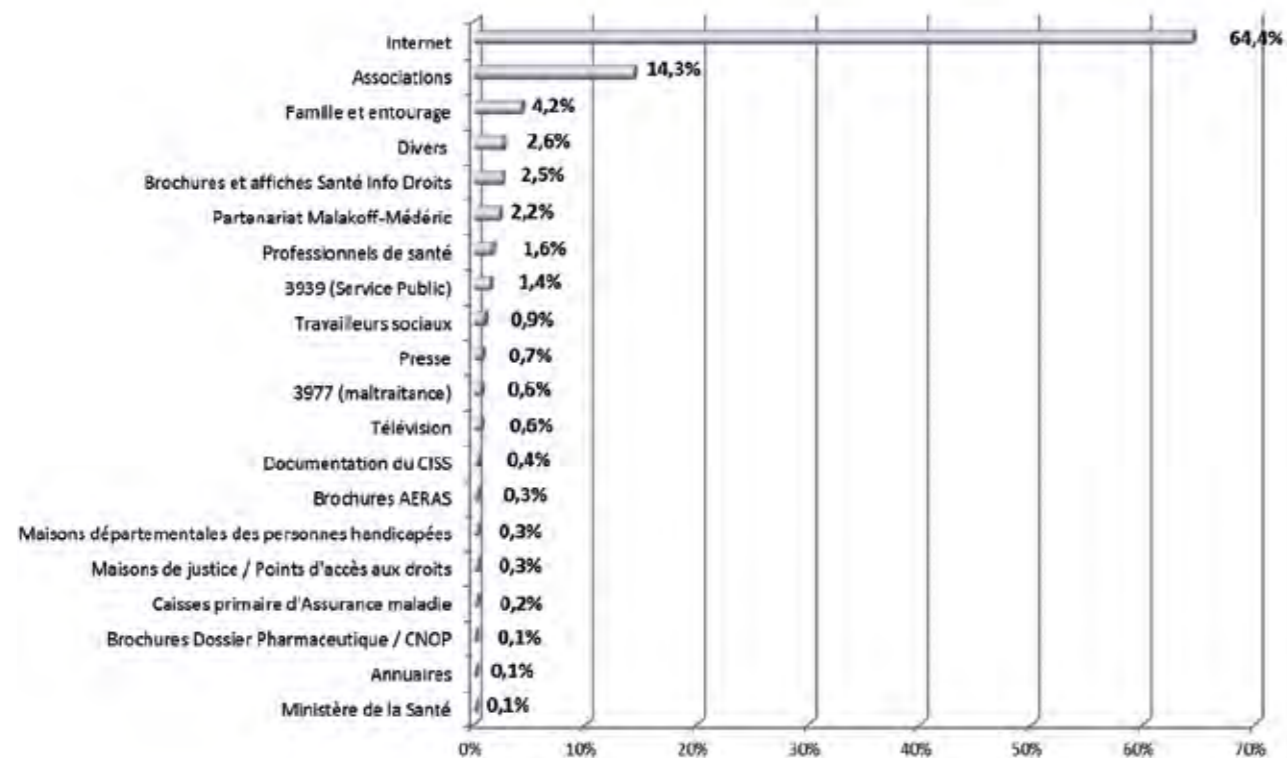
Retrouvez d'autres verbatim sur le site Internet de France Assos Santé dans le recueil des témoignages des appelants de Santé Info Droits pour l'année 2016
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



ANNEXES - STATISTIQUES RELATIVES À SANTÉ INFO DROITS POUR L'ANNÉE 2016

DONNÉES RELATIVES À LA CONNAISSANCE ET AU MODE D'UTILISATION DE SANTÉ INFO DROITS

► Mode de connaissance de la ligne



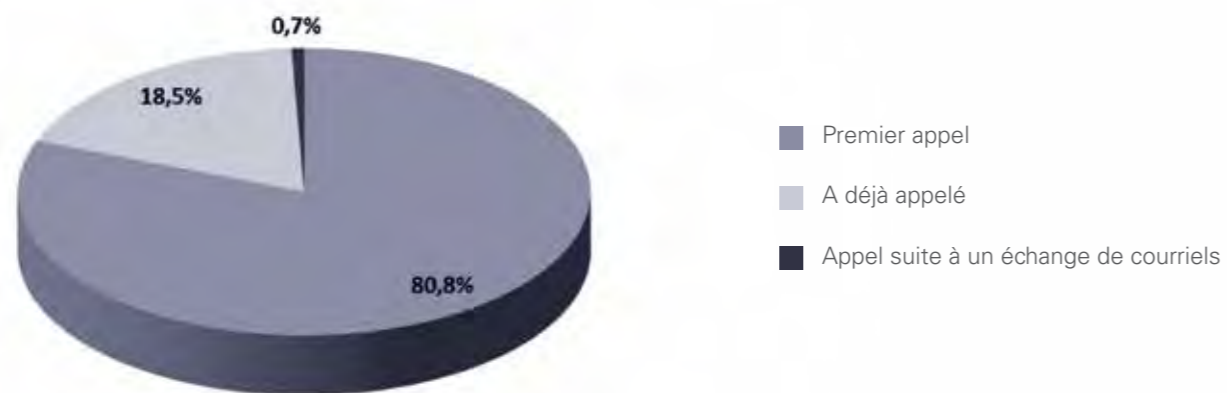
► Orientations associatives vers Santé Info Droits

UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades psychiques)	19,4%
CISS en région (France Assos Santé)	11,4%
Divers (63 associations)	7,4%
Ligue contre le cancer et Aidea	7,2%

Aides	3,9%
Fibromyalgie SOS	3,9%
SIS (Sida info Service)	3,5%
Alliance Maladies Rares et Maladies rares info service	2,9%
CISS national (France Assos Santé)	2,8%
Cancer Info	2,6%
ARSEP (Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques)	2,2%
France Parkinson	2,1%
AFS (Association France spondyloarthrites)	2,0%
FNAPSY (Fédération nationale des associations d'utilisateurs en psychiatrie)	2,0%
INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation)	1,9%
AFM (Association française contre les myopathies)	1,6%
France Alzheimer	1,4%
Argos 2001	1,3%
Fibromyalgie France	1,3%
Sos hépatites	1,3%
APF (Association des paralysés de France) et Ecoute Sep	1,2%
UNAF - URAF - UDAF (Union nationale régionale et départementale des associations)	1,2%
AFH (Association française des hémophiles)	1,0%
ASFC (Association française du syndrome de fatigue chronique)	1,0%
FNAIR (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux)	1,0%
AFA (Association François Aupetit)	0,7%
AFSEP (Association française des sclérosés en plaques)	0,7%
ALMA (Allô maltraitance personnes âgées et handicapées)	0,7%
Epilepsie France	0,7%
APCLP (Association pour la lutte contre le psoriasis)	0,6%
UFC-Que choisir	0,6%
Association française des aidants familiaux	0,5%
AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux)	0,4%
FNATH (Association des accidentés de la vie)	0,4%
France dépression	0,4%
Lupus France	0,4%
OCH (Office chrétien des personnes handicapées)	0,4%
Réseau Ac santé 93	0,4%
UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques)	0,4%

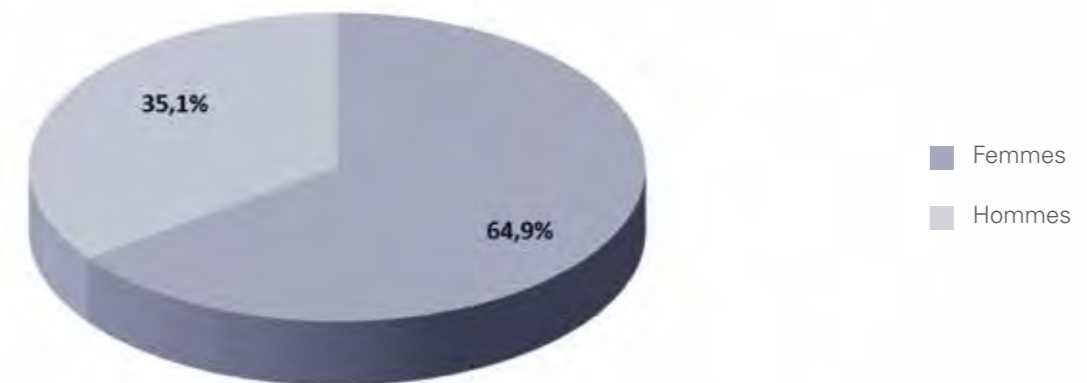
ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité)	0,3%
AFD (Association française des diabétiques)	0,3%
AMADYS (Association des malades atteints de dystonie)	0,3%
ARRADV (Association de réadaptation et de réinsertion pour l'autonomie des déficients visuels)	0,3%
Association française du Lupus	0,3%
Génération Mouvement	0,3%
Sindefi sclérose en plaques	0,3%
AFGS (Association française du Gougerot Sjögren)	0,2%
ADIL (Agence départementale d'information sur le logement)	0,2%
AFMT (Association française des malades de la thyroïde)	0,2%
AFPric (Association française des polyarthritiques)	0,2%
ARC (Association de recherche contre le cancer)	0,2%
FFAAIR (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires)	0,2%
Fibro'action	0,2%
HTAP France (Association des malades souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire)	0,2%
IRIS (Association des patients déficitaires immunitaires primitifs)	0,2%
OCH (Office chrétien des personnes handicapées)	0,2%
Suicide écoute	0,2%
Trans épates	0,1%
AFVS (Association des familles victimes de saturnisme)	0,1%
ANDAR (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde)	0,1%
UNAPEI	0,1%

► Proportion de primo-appelants

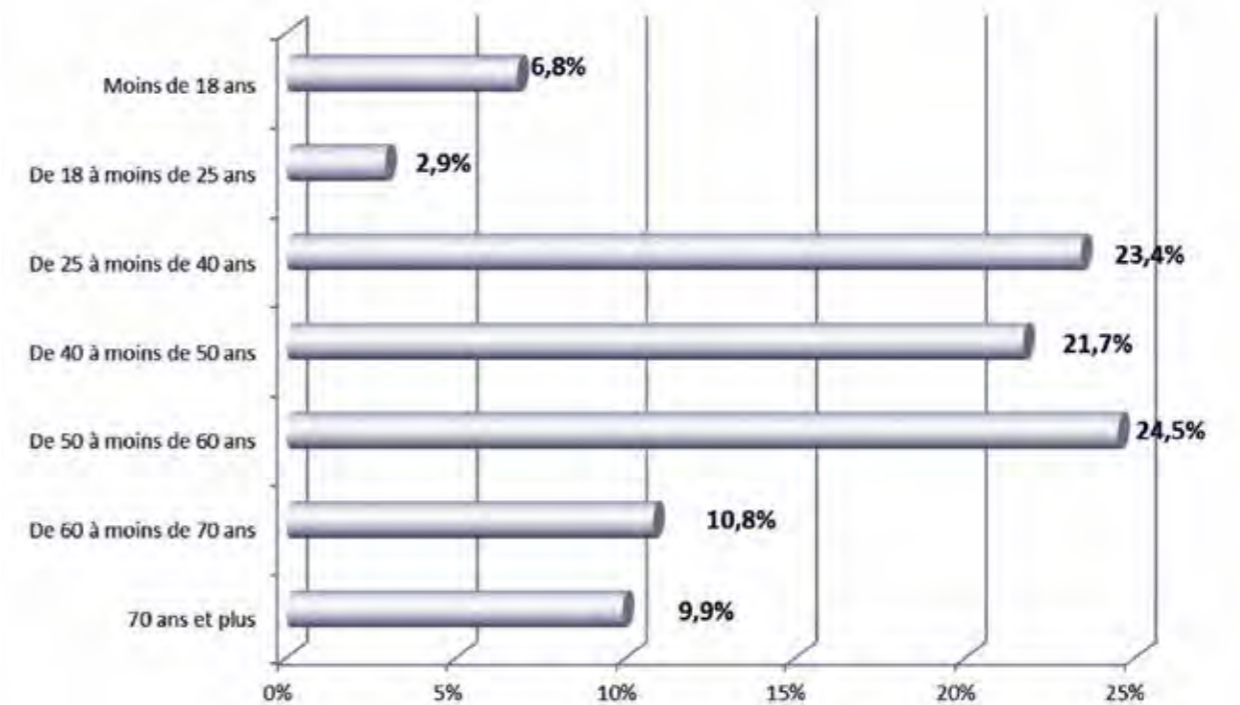


DONNÉES RELATIVES AU PROFIL DES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS ET DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES SOLLICITATIONS

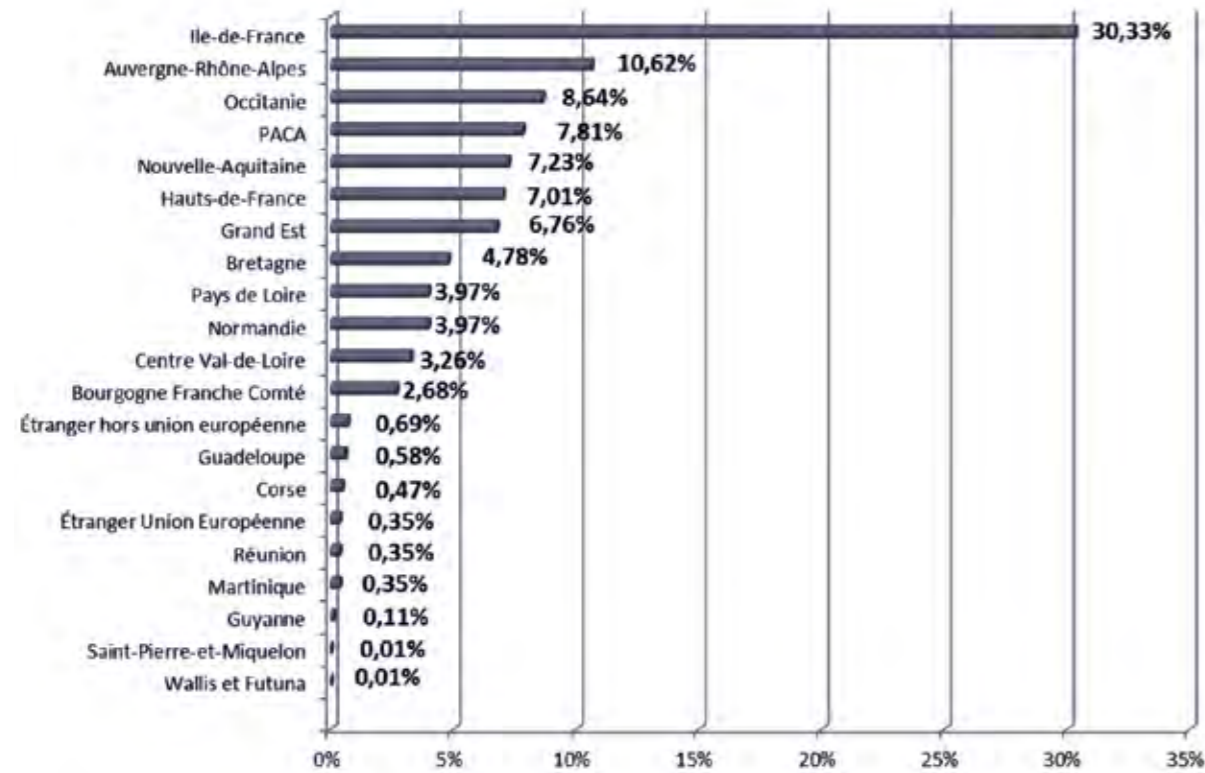
► Sexe des personnes concernées par les sollicitations



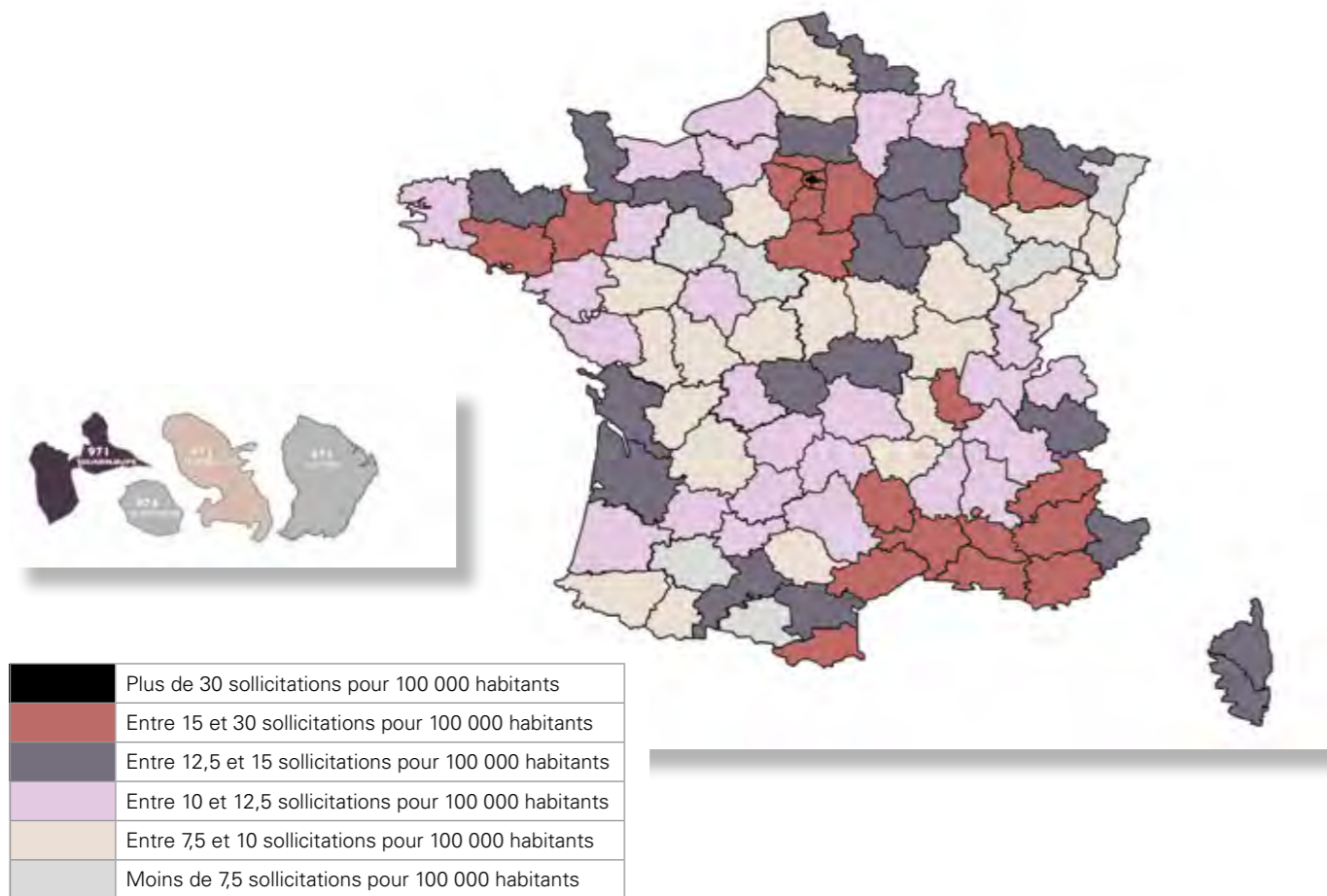
► Âge des personnes concernées par les sollicitations



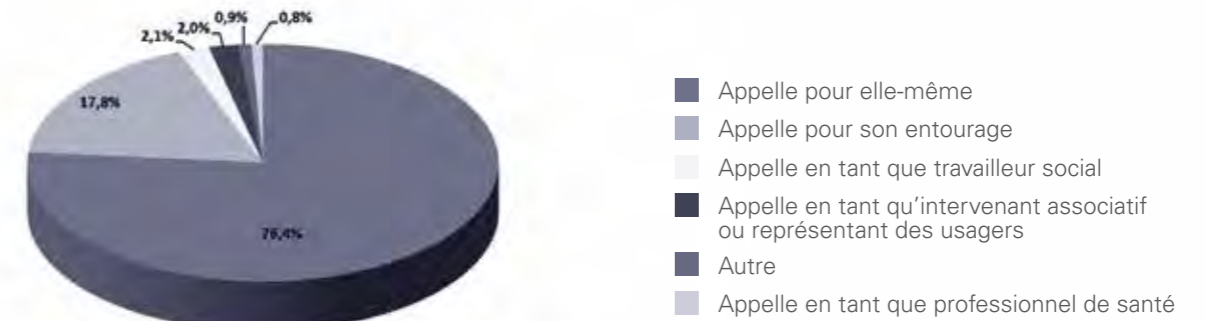
► Région des appelants



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



► Répartition des sollicitations en fonction de la place des interlocuteurs au regard de la situation décrite



► Répartition des sollicitations pour lesquelles la situation médicale de la personne concernée est identifiée



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

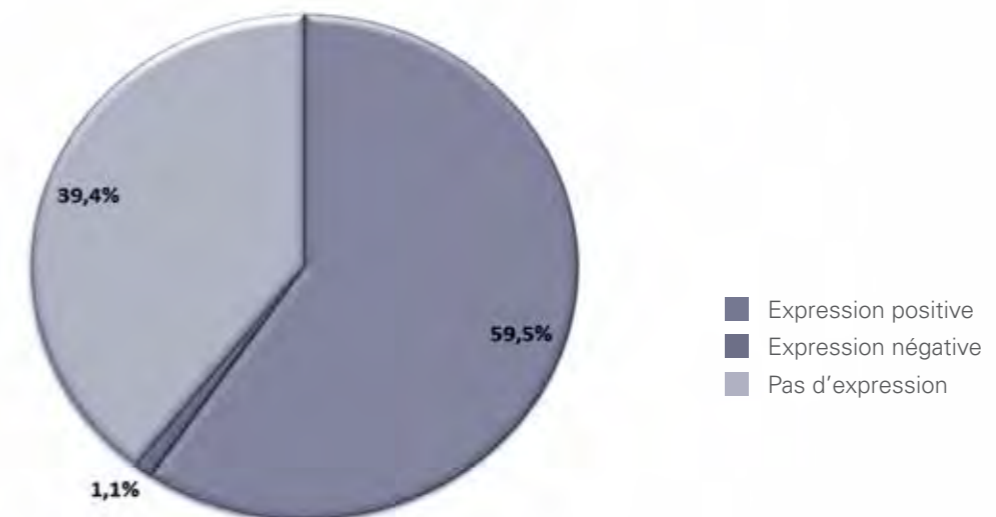
Cancer / Tumeurs	13,48%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	9,03%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	6,36%
Dentaire	5,81%
Dépression	5,22%
Décès cause non identifiée	3,11%
V.I.H.	3,04%
Maladies rares	3,03%
Maladies cardio-pulmonaires	3,00%
Âge et dépendance	2,86%
Fibromyalgie	2,45%
Handicap fonctionnel	2,44%
Grossesse et accouchement	2,34%
Sclérose en plaques	2,31%
Déficiência visuelle et cécité	2,19%
Troubles bipolaires	2,11%
Troubles musculo-squelettiques	1,85%
Accident conséquence non identifiée	1,85%
Diabète	1,65%
Accident vasculaire cérébral	1,42%

Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,39%
Schizophrénie	1,37%
Maladies de l'appareil génito urinaire	1,31%
Infections nosocomiales	1,29%
Alzheimer	1,16%
Maladie de Parkinson	1,15%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,11%
Burn-out	1,11%
Insuffisance rénale	1,01%
Hépatite C	0,96%
Spondylarthrite	0,88%
Déficiences auditives et surdités	0,67%
Maladies de peau	0,67%
Epilepsie	0,57%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	0,57%
Maladies des artères, veines	0,54%
Maladies de Crohn	0,46%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	0,44%
Lupus	0,41%
Addictions	0,41%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	0,38%
Mucoviscidose	0,38%
Affection iatrogène	0,33%
Hémophilie	0,33%
Greffes	0,31%
Obésité	0,29%
Maladies auto-immunes	0,28%
Hypertension	0,26%
Hépatite B	0,26%
Myopathie	0,25%
Autisme	0,25%
Syndrome de fatigue chronique	0,25%
Chirurgie esthétique d'agrément	0,23%
Allergie	0,21%
Polyarthrite rhumatoïde	0,20%
Anorexie	0,20%
TOC (troubles obsessionnels compulsifs)	0,18%
Rhumatismes articulaires aigus	0,18%
Arthrose	0,16%
Chirurgie esthétique réparatrice	0,16%
Apnée du sommeil	0,16%
Asthme	0,15%
Troubles DYS (Dyslexie, dysphasie, dyspraxie...)	0,15%
Traumatismes crâniens	0,13%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,13%
Agressions conséquence non identifiée	0,11%

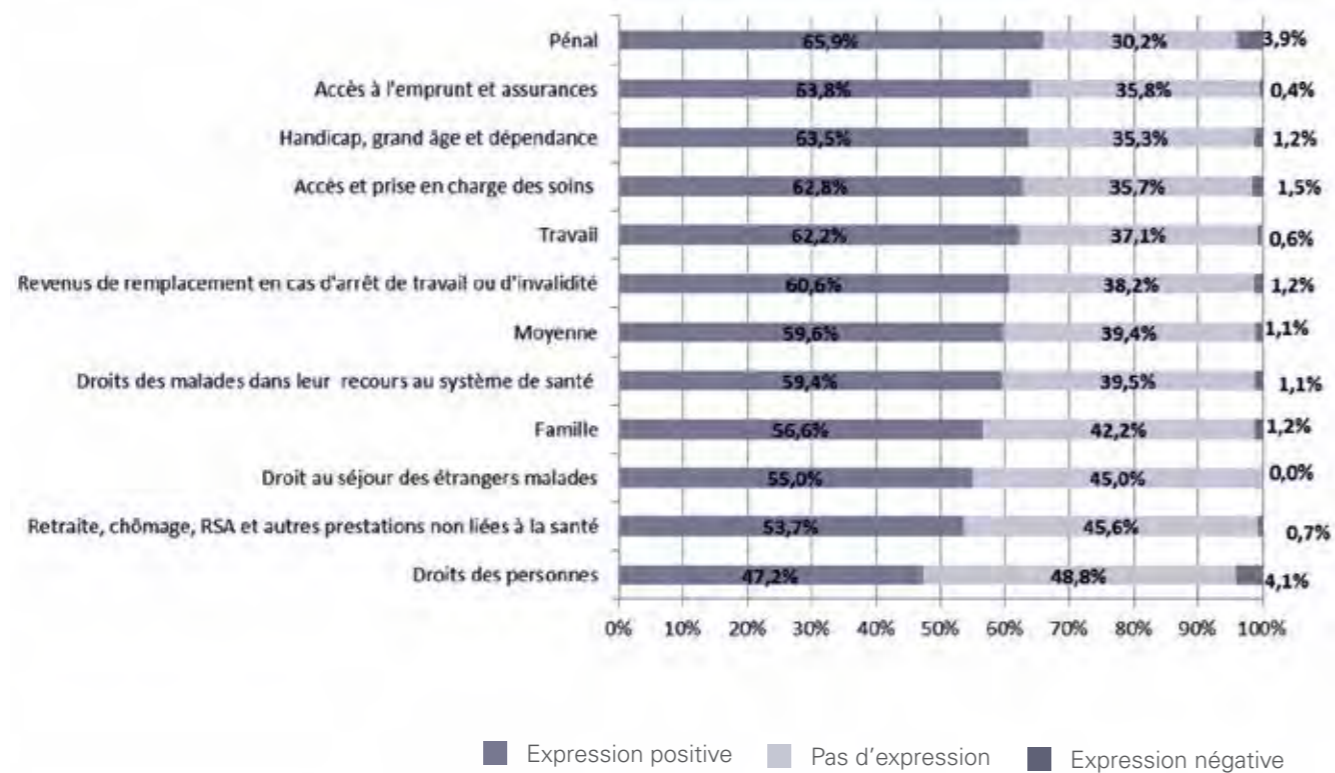
Suicide	0,10%
Troubles de la parole	0,09%
Difficultés de procréation	0,08%
Trisomie	0,08%
Maladie de Charcot (SLA)	0,08%
Prédispositions génétiques	0,08%
Hépatite A	0,08%
Poliomyélite	0,07%
Infections sexuellement transmissibles	0,05%
Méningite	0,05%
Maladie de Lyme	0,05%
Saturnisme	0,03%
Tuberculose	0,03%
Electro-sensibilité	0,03%
Grippe saisonnière	0,03%
Maladies d'origine prénatales	0,02%
Troubles du sommeil	0,02%
Spina-Bifida	0,02%

EXPRESSIONS DES APPELANTS QUANT À SANTÉ INFO DROITS

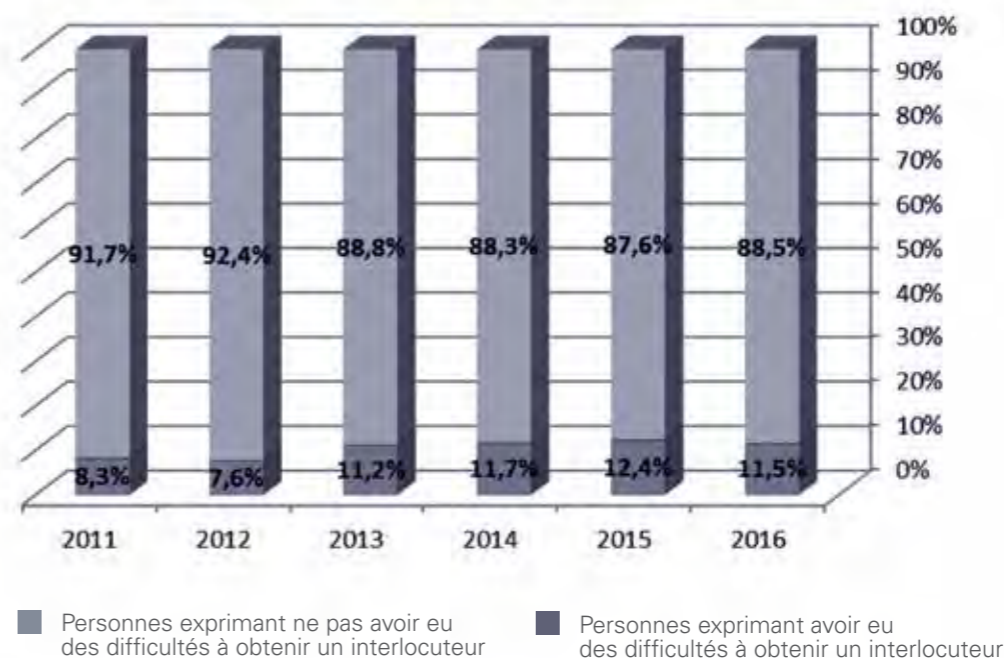
► Expression spontanée des appelants à l'issue des entretiens téléphoniques



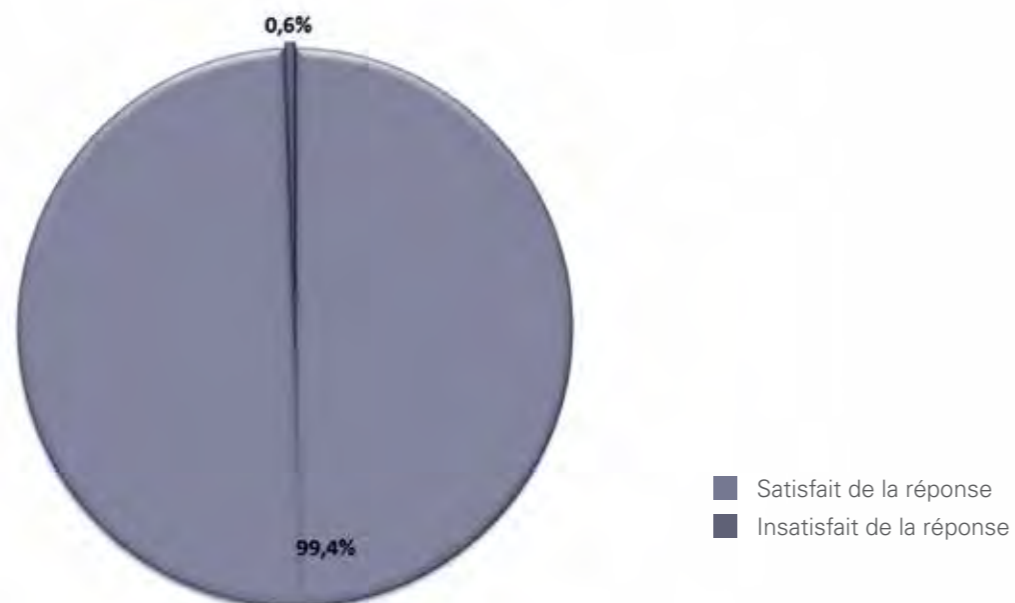
► Expression spontanée en fonction des thématiques



► Accessibilité de la ligne



► Résultats de l'enquête de satisfaction menée du 21 novembre au 7 décembre 2016



AUVERGNE – RHÔNE-ALPES

CISS-Auvergne-Rhône-Alpes

Président : François Blanchardon
129, rue du Créqui 69006 Lyon
Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org

Antenne à Clermont-Ferrand

Hôpital Gabriel Montpied
58, rue Montalembert - 63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 26 29 50 / contact@cissra.org

BRETAGNE

CISS-Bretagne

Président : Hubert Stephan
1, square de Macédoine - 35200 Rennes
Tél. : 02 99 53 56 79
ciss.bretagne@orange.fr

BOURGOGNE – FRANCHE-COMTÉ

France Assos Santé Bourgogne-Franche-Comté

Présidente : Marie-Catherine Ehlinger
Maison des Associations
2, rue des Corroyeurs - Boîte FF6 - 21000 Dijon
Tél. : 03 80 49 19 37
bourgogne-franche-comte@france-assos-sante.org

Antenne à Besançon

1, route de Marchaux 25000 Besançon
Tél. : 03 81 51 84 31 ou 06 31 72 04 38

CENTRE-VAL DE LOIRE

France Assos Santé Centre-Val de Loire

Présidente : Danièle Desclerc-Dulac
29 boulevard Rocheplatte – 5^e étage
45000 Orléans
Tél. : 02 38 80 88 92
centre-valdeloire@france-assos-sante.org

CORSE

CISS-Corse

Présidente : Georgette Simeoni
c/o UDAF 2B – 4, cours Pierangeli - 20200 Bastia
Tél. : 04 95 32 67 86 / ciss-corse@orange.fr

GRAND-EST

France Assos Santé Grand-Est

Président : Jean-Michel Meyer
Espace Parisot – OHS
1, rue du Vivarais - 54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 28 25 91
grand-est@france-assos-sante.org

Antenne à Strasbourg

Hôpital civil de Strasbourg - Ancien bâtiment d'oph-
talmologie
1, place de l'Hôpital BP 426 67091 Strasbourg cedex
Tél. : 03 88 44 53 52 / 06 09 14 72 87

Antenne à Châlons-en-Champagne

7, boulevard Kennedy
51000 Châlons-en-Champagne
Tél. : 03 26 68 50 04

HAUTS-DE-FRANCE

France Assos Santé Hauts-de-France

Président : Pierre-Marie Lebrun
7, rue Gustave Delory 59800 Lille
Tél. : 03 20 54 97 61
hauts-de-france@france-assos-sante.org

Antenne à Saint-Quentin

9, rue de Crimée 02100 Saint-Quentin
Tél. : 06 42 60 00 44

ILE-DE-FRANCE

France Assos Santé Ile-de-France

Président : Lucien Bouis
28, boulevard Pereire 75017 Paris
Tél. : 01 43 29 92 38
ile-de-france@france-assos-sante.org

NORMANDIE

France Assos Santé Normandie

Président : Yvon Graïc
CHU Hôpitaux de Rouen - Pavillon Pillore - 3^e étage
1 rue de Germont - 76031 Rouen cedex
Tél.: 02 35 36 29 81 / 06 20 15 22 50
normandie@france-assos-sante.org

Antenne à Hérouville-Saint-Clair

Maison des Associations
1018 Quartier du Grand Parc
14200 Hérouville-Saint-Clair
Tél. : 02 31 83 01 43

NOUVELLE AQUITAINE

France Assos Santé Nouvelle Aquitaine

Président : Alain Galland

Antenne à Bordeaux

Espace Rodesse
103 ter, rue Belleville - 33000 Bordeaux
Tél.: 05 56 93 05 92
nouvelleaquitaine@france-assos-sante.org

Antenne à Angoulême

28, Rue Mirabeau - 16000 Angoulême
Tél. : 05 45 38 77 56 - 06 27 37 87 78
nouvelleaquitaine@france-assos-sante.org

Antenne à Limoges

4, avenue de la Révolution - 87000 Limoges
Tél.: 05 55 09 59 98
nouvelleaquitaine@france-assos-sante.org

OCCITANIE

France Assos Santé Occitanie

Présidente : Catherine Simonin
Cité de la Santé - 20, Rue du Pont Saint Pierre
TSA 60033 - 31059 Toulouse cedex 9
Tél. : 05 63 79 06 78 / 06 37 66 54 34
occitanie@france-assos-sante.org

Antenne à Nîmes

393, rue de l'Hostellerie
30018 Nîmes Cedex
Tél. : 04 66 27 02 18
occitanie@france-assos-sante.org

PAYS-DE-LA-LOIRE

CISS-Pays-de-la-Loire

Présidente : Véronique Pozza
16, rue Hermann Geiger - 44300 Nantes
Tél. : 02 40 75 23 65
secretariat.lecisspdl@gmail.com

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur

Présidente : Marie-Odile Desana
143, avenue des Chutes-Lavie - 13013 Marseille
Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org

DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

France Assos Santé Guadeloupe

Président : François Le Maistre
Ligue contre le Cancer-Comité Guadeloupe
Boulevard Légitimus, Rond Point Miquel
97110 Pointe-à-Pitre
Tél.: 0590 68 21 55
guadeloupe@france-assos-sante.org

France Assos Santé Martinique

Présidente : Jeanne-Émérante Defoi
Ligue contre le Cancer - Immeuble Le Trident
BP 789 - Bât. A - Cité Montgérald
97244 Fort-de-France cedex
Tél. : 0596 70 20 38
martinique@france-assos-sante.org

CISS-Océan Indien

Présidente : Véronique Minatchy
1, Allée Vert Pré - 97419 La Possession
Ile-de-La-Réunion
Tél. : 0692 400 396
ciss.oceanindien@gmail.com

 **FRANCE ASSOS SANTE en régions
et CISS régionaux au 30 juin 2017**

FRANCE ASSOS SANTÉ compte 72 associations membres au 30 juin 2017 :

AAAVAM (Association nationale de défense des intérêts des Victimes d'accidents des médicaments) , **ADMD** (Association pour le droit de mourir dans la dignité), **Advocacy France**, **AFA** (Association François Aupetit), **AFDE** (Association française Des Dysplasies Ectodermiques), **AFDOC** (Association française des Malades et Opérés cardio-vasculaires), **AFH** (Association française des Hémophiles), **AFM-Téléthon**, **AFSA** (Association française du Syndrome d'Angelman), **AFSEP** (Association française des Sclérosés en Plaques), **AFVD** (Association francophone pour vaincre les douleurs), **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme), **AIDES**, **AFPric** (Association française des polyarthritiques), **Alliance Maladies Rares**, **Alliance du Cœur**, **Alcool Assistance**, **Alcool Ecoute Joie & Santé**, **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde), **APF** (Association des paralysés de France), **ARGOS 2001**, **ARSLA** (Association pour la recherche sur la SLA), **ASBH** (Association nationale Spina Bifida et Handicaps Associés), **Autisme France**, **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux), **CADUS** (Conseil Aide & Défense des Usagers de la Santé), **CLCV** (Association nationale de consommateurs et d'usagers en France), **CNAFAL** (Conseil National des Associations Familiales laïques), **CNAFC** (Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques), **CNAO** (Collectif national des Associations d'Obèses), **EFAPPE Epilepsies** (Fédération des Associations en faveur des Personnes handicapées par des Épilepsies sévères), **E3M** (Association d'Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages), **Familles de France**, **Familles Rurales**, **Fédération française des Diabétiques**, **Fédération nationale des Amis de la santé**, **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires), **FFCM** (Fédération française des Curistes Médicalisés), **FGCP** (Fédération France Greffes Cœur et/ou Poumons), **Fibromyalgie France**, **Fibromyalgie SOS**, **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités), **FNA-TCA** (Fédération nationale d'associations TCA), **FNATH** (Association des accidentés de la vie), **France Alzheimer**, **France Parkinson**, **France Psoriasis**, **France Rein**, **Génération Mouvement**, **[im]patients Chroniques & Associés**, **La Croix bleue** (association d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et autres addictions), **La CSF** (La Confédération syndicale des familles), **La Ligue contre le cancer**, **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales), **Marfans Association**, **Renaloo**, **Réseau D.E.S. France**, **Schizo Oui**, **SOS Hépatites**, **Transhépate**, **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix), **UFC-Que Choisir**, **UFAL** (Union des Familles Laïques), **UNAF** (Union nationale des associations familiales), **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés), **UNAPECLE** (Union nationale des Associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie), **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis), **Vaincre la Mucoviscidose**, **Vie Libre**, **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

Nos remerciements aux partenaires de Santé Info Droits en 2016 :



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – Direction générale de la Santé



Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens



Malakoff-Médéric



Mutuelle ADREA



CNAMTS

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



OBSERVATOIRE DE FRANCE ASSOS SANTÉ
Sur Les Droits Des Malades 2016
SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS

France Assos Santé
10 villa Bosquet 75007 PARIS – TEL. 01 40 56 01 49 – FAX. 01 47 34 93 27
www.france-assos-sante.org

