



OBSERVATOIRE DU CISS SUR LES DROITS DES MALADES

SYNTHÈSE DU RAPPORT ANNUEL DE SANTÉ INFO DROITS

2013



SANTÉ INFO DROITS
0 810 004 333
la ligne du **CISS**

sommaire

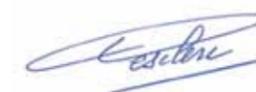
édito	p. 5	III. ACCÈS À L'EMPRUNT ET ASSURANCE	p. 34
Présentation et activité de Santé Info Droits	p. 7	A. Des difficultés du recours aux garanties alternatives	p. 38
Observation des problématiques exprimées par les usagers de Santé Info Droits	p. 9	B. La question de la résiliation des contrats d'assurance	p. 39
I. LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ	p. 12	IV. LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE OU D'INVALIDITÉ	p. 42
A. Responsabilité médicale en cas d'accidents, d'infections nosocomiales ou d'affections iatrogènes : contentieux et conciliation	p. 14	V. SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL	p. 48
B. Droit à l'information	p. 16	VI. SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE	p. 54
C. Consentement aux soins	p. 18	VII. AUTRES THÉMATIQUES D'APPELS	p. 60
D. Représentation des usagers et Droits collectifs	p. 19	Annexe : Statistiques relatives à l'activité de Santé Info Droits	p. 64
II. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DE SOINS	p. 22		
A. Niveaux de prise en charge par les régimes de base obligatoires	p. 24		
B. Le renoncement aux soins : enquête flash de Santé Info Droits 2013	p. 27		
C. L'Accès aux soins à l'épreuve des pratiques des caisses de Sécurité sociale	p. 30		

édito

De la continuité entre le sanitaire et le social ou comment éviter les ruptures de prise en charge...

Avec des sollicitations en hausse globale de plus de 10%, pour atteindre près de 8 500 appels et courriels traités en 2013, Santé Info Droits confirme sa position de plateforme associative de référence pour informer et orienter les usagers confrontés à des interrogations d'ordre juridique ou social en lien avec leur état de santé. Une plateforme qui joue en ce sens parfaitement son rôle de courroie de transmission entre les revendications politiques rendues publiques par le CISS pour défendre les droits des usagers du système de santé, et les questionnements juridiques individuels auxquels sont confrontés ces mêmes usagers. Cette action en complément de l'accompagnement qu'ils peuvent souvent trouver auprès des associations membres du Collectif constitue une composante essentielle de nos missions de représentation et d'information des publics, qui nous est toujours naturellement apparue comme caractéristique de notre légitimité associative et de notre proximité incontestable avec le vécu de nos concitoyens.

La concordance, entre l'analyse des questionnements reçus sur Santé Info Droits et le travail de réflexion et de proposition réalisé par le CISS pour optimiser notre système de santé, avait déjà pu être révélée au cours des années précédentes. On la voit s'exprimer à nouveau en 2013 en se penchant sur un des faits marquants de l'activité au cours de cet exercice : l'augmentation de près de 50 % des demandes traitant de prestations non liées directement à la santé (retraite, chômage, etc.). Se dessine en filigrane le contexte économique et politique, mêlant notamment forte morosité du marché de l'emploi et réforme des retraites qui touche de fait l'ensemble de la population. Mais au-delà, ce constat marque à quel point s'avère pertinent notre appel répété à voir les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux s'interpénétrer pour dessiner un parcours de santé plus fluide et cohérent de la personne prise en charge, en lien avec son parcours de vie et en limitant au maximum les multiplications parfois redondantes d'intervention ou au contraire les ruptures d'intervention. Car ce sont bien des préoccupations d'ordre social qui apparaissent souvent très vite dès qu'une difficulté de santé se présente, notamment lorsqu'elle s'inscrit sur le long cours. Des préoccupations sociales dont on constate qu'elles peuvent rapidement interférer avec la prise en charge thérapeutique, prenant dans certaines circonstances le pas sur celle-ci en la compliquant, en la retardant... ou pire, conduisant à un renoncement aux soins. D'où l'importance, confirmée dans les faits, de ce que nous revendiquons avec force depuis plusieurs années : une organisation adaptée de notre système de prise en charge autour des parcours de santé et de vie des usagers. C'est bien la priorité affichée du projet de loi de santé en cours d'élaboration, dont nous espérons vivement qu'elle sera mise en œuvre concrètement et dans les meilleurs délais afin qu'on puisse, dans de prochains rapports d'observation de Santé Info Droits, en constater les effets sur l'évolution des sollicitations reçues.



Danièle DESCLERC-DULAC
Présidente du CISS

PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS

Santé Info Droits est un service d'information juridique et sociale à disposition des personnes malades ou en situation de handicap, mais également des représentants d'usagers, des intervenants associatifs, des travailleurs sociaux ainsi que des professionnels de santé.

Créé par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) en 2006, 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 utilisateurs de la ligne.

Cette action d'information sur les 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, les mardi et jeudi, de 14h à 20h. La ligne peut être contactée en appelant le 0810.004.333 (numéro azur) ou le 01.53.62.40.30.
- Un service de réponse 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 du CISS : www.leciss.org et www.66millionsdimpatients.org

L'équipe d'écouterants est composée de professionnels juristes, avocats ou travailleurs sociaux. Ils 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 initiale et continue à l'écoute ainsi que des formations thématiques sur des sujets techniques rencontrés sur la ligne.

En 2013, 15 écouterants sont intervenus dans le cadre des permanences de Santé Info Droits :



- Ludovic BEAUNE
- Emilie CHANDLER
- Caroline GHERON
- Pauline HURTEL
- Charlotte HODEZ
- Anne-Laure JOYEUX
- Camille MAGDELAINE
- Besma MAGHREBI-MANSOURI
- Patrick MONY
- Marion NAPIERALA
- Tanguy NGAFAOUNAIN-TABISSI
- Christophe PINEAU
- Sidonie ROUFIAT
- Anne SOULELIAC
- Marine THISSE

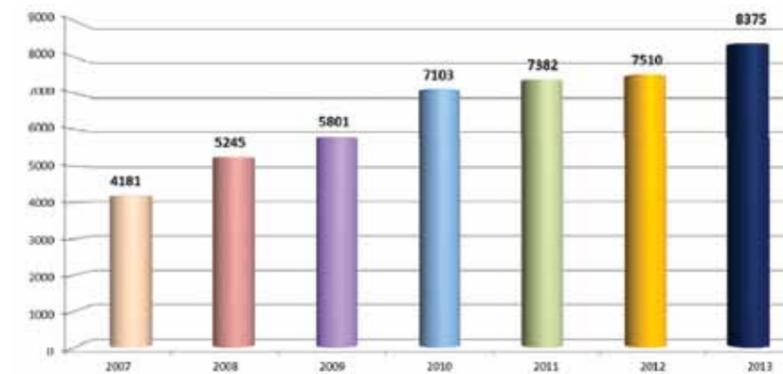


Stéphane GOBEL, coordinateur, et Florence NAVATTONI, coordinatrice-ajointe, assurent par ailleurs l'animation de la ligne.

Avec 8 375 sollicitations traitées, Santé Info Droits a connu dans la lignée des années précédentes une augmentation de son activité, un accroissement particulièrement marqué cette année (+11,5% entre 2012 et 2013).

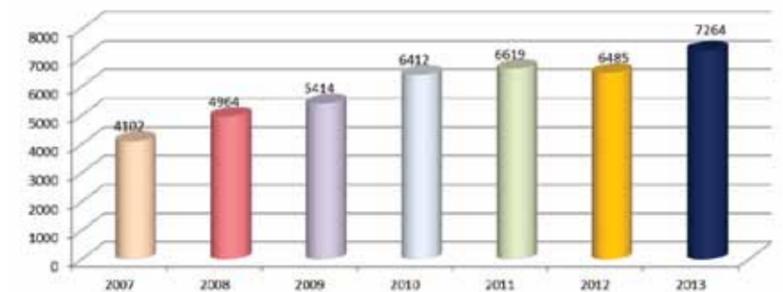


Nombre de sollicitations traitées en 2013 (appels + courriels)

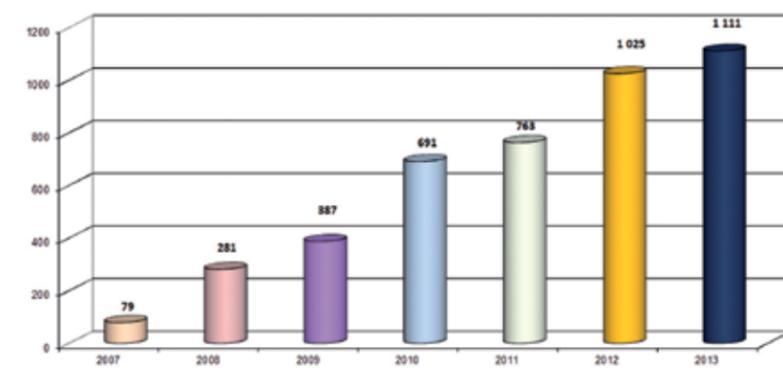


Contrairement aux mouvements enregistrés en 2012, cette progression s'est traduite en 2013 aussi bien à travers l'activité de la ligne téléphonique que du service de réponse par courriel.

Nombre d'appels téléphoniques traités en 2013



Nombre de courriels traités en 2013



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

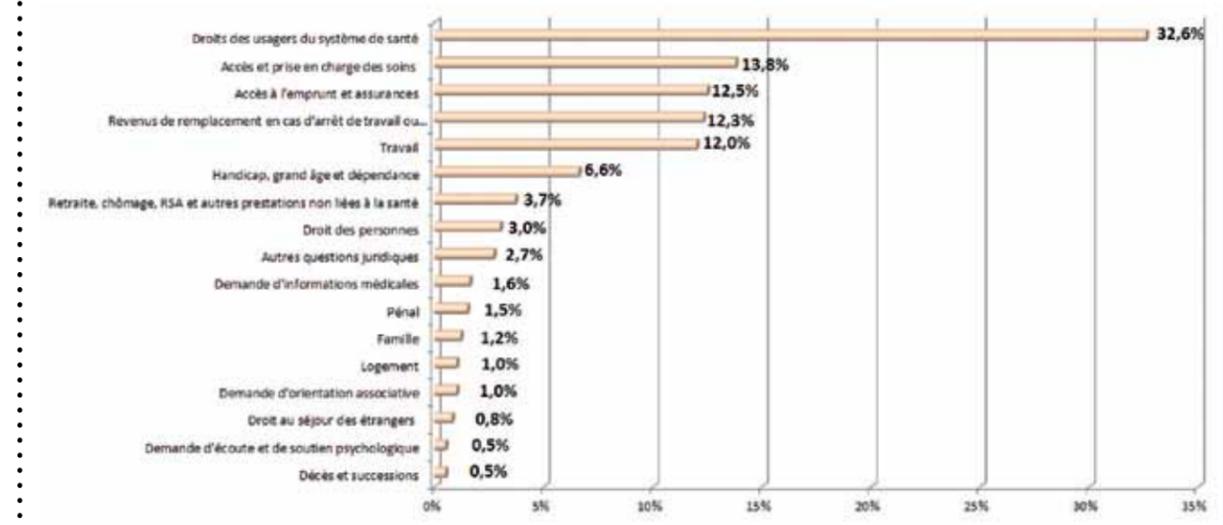
OBSERVATION DES PROBLÉMATIQUES EXPRIMÉES PAR LES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS

A l'issue de chaque sollicitation, une fiche d'entretien est renseignée. Au-delà des éléments statistiques permettant de mieux identifier qui sont les utilisateurs de Santé Info Droits, les informations ainsi récoltées, tant au niveau de la classification thématique que du recueil de témoignages, aident à avoir un regard d'ensemble sur les problématiques et enjeux des personnes nous sollicitant.

A l'instar des rapports antérieurs, ce 7^e rapport d'observation recense et analyse les interrogations et préoccupations individuelles exprimées au travers des sollicitations traitées au cours de l'année 2013. Parmi ces développements, sont intégrés également les résultats et enseignements de l'enquête flash menée du 9 au 21 décembre 2013 et consacrée au renoncement aux soins des usagers.

Enfin, ceux qui souhaitent explorer de manière plus exhaustive les différentes thématiques abordées retrouveront témoignages et données complémentaires dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2013 de Santé Info Droits, disponible au format Pdf sur le site Internet du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

Répartition des sollicitations par thématiques



Cette répartition permet en premier lieu d'appréhender la très grande diversité des sujets évoqués. Par ailleurs, avec près d'un tiers des sollicitations, on constate que la thématique «Droits des usagers du système de santé» constitue toujours le premier sujet de préoccupation des utilisateurs de Santé Info Droits.

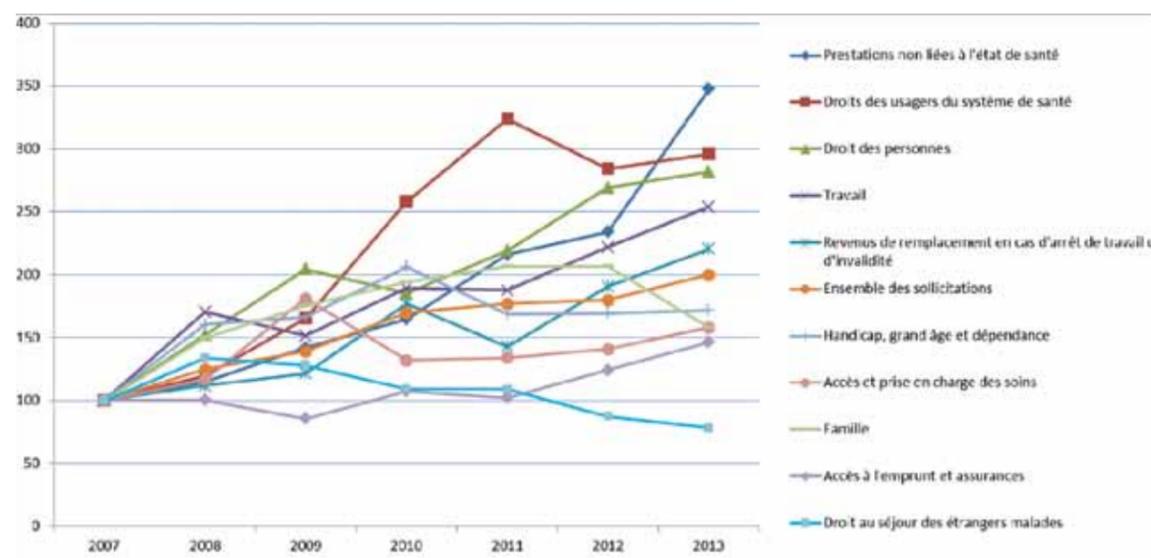
Evolution du nombre de sollicitations par thématique (entre 2012 et 2013)

Retraite, chômage, RSA et autres prestations non liées à la santé	+48,5%
Pénal	+40,2%
Accès à l'emprunt et assurances	+17,9%
Travail	+17,8%
Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	+15,2%
Accès et prise en charge des soins	+12,0%
Ensemble des sollicitations	+11,5%
Droit des personnes	+9,3%
Droits des usagers du système de santé	+4,2%
Handicap, grand âge et dépendance	+1,3%
Droit au séjour des étrangers malades	-9,2%
Famille	-24,6%

La thématique qui progresse le plus cette année est celle relative aux prestations qui ne sont pas spécifiquement liées à l'état de santé du bénéficiaire (ou du demandeur) mais que la maladie ou le handicap peut impacter.

En prenant comme référence l'année 2007, première année de plein exercice de Santé Info Droits, on peut d'ailleurs constater que cette thématique est celle qui a le plus progressé. Le schéma suivant permet de visualiser ces évolutions (l'indice 100 correspond au nombre de sollicitations reçues en 2007 pour une thématique donnée) :

Evolution du nombre de sollicitations depuis 2007 par thématique



Toutes ces moyennes ne peuvent traduire les disparités des interrogations pouvant exister en fonction des pathologies exprimées par nos interlocuteurs.

Dans le tableau ci-après, figurent ainsi en vert les thématiques plus particulièrement présentes pour telles ou telles pathologies et *a contrario* en orange, les sujets sous-représentés par rapport à l'ensemble des appels :

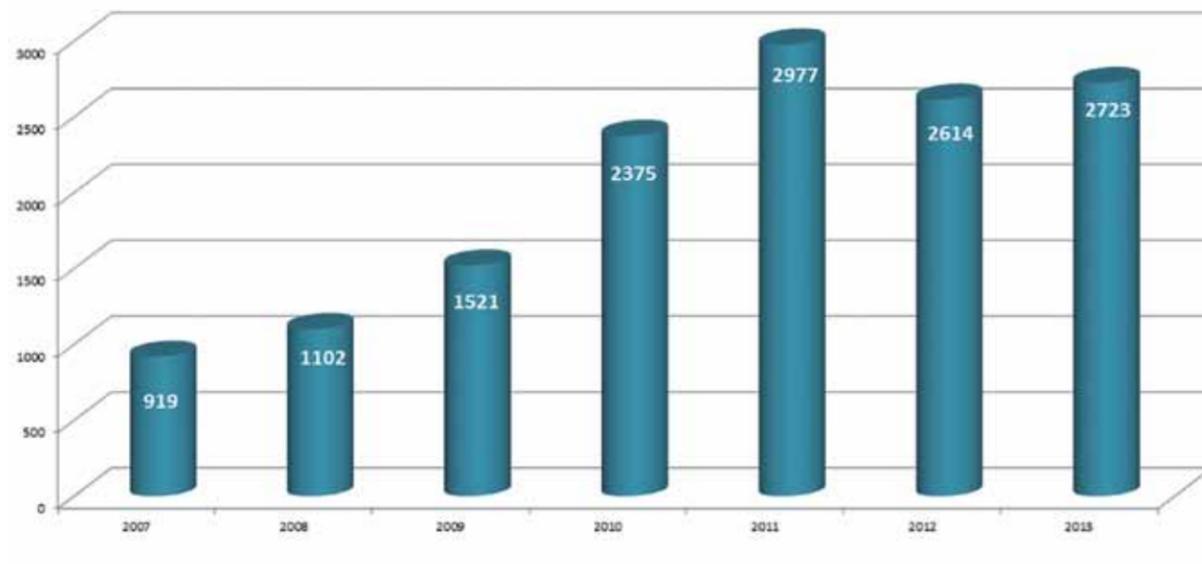
Croisement des thématiques de sollicitations par pathologie

	Droits des usagers du système de santé	Accès et prise en charge des soins	Accès à l'emprunt et à l'assurance	Revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité	Travail	Handicap et perte d'autonomie	Retraite, Chômage, RMI et autres prestations non liées à la santé	Droit des personnes	Séjour Etrangers
ENSEMBLE DES APPELS	32,6%	13,8%	12,5%	12,3%	12,0%	6,6%	3,7%	3,0%	0,8%
Age et dépendance	45,9%	10,9%	1,4%	0,0%	1,8%	24,1%	1,4%	13,6%	0,5%
Alzheimer	56,5%	3,5%	1,2%	1,2%	1,2%	10,6%	1,2%	22,4%	0,0%
Asthme	44,4%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Autisme	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
AVC	38,9%	12,0%	17,6%	8,3%	15,7%	3,7%	2,8%	4,6%	2,8%
Cancer / Tumeurs	25,3%	16,3%	20,1%	15,5%	13,2%	4,3%	2,8%	0,6%	2,1%
Chirurgie esthétique d'agrément	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie esthétique réparatrice	82,4%	17,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Déficience auditive et surdité	29,6%	29,6%	11,1%	3,7%	11,1%	11,1%	7,4%	0,0%	0,0%
Déficience visuelle et cécité	34,5%	30,0%	10,9%	3,6%	3,6%	20,0%	2,7%	0,0%	0,0%
Dentaire	76,1%	17,8%	0,9%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Dépression	17,1%	5,2%	19,2%	28,7%	31,1%	4,5%	3,5%	2,4%	0,3%
Diabète	19,0%	15,5%	32,1%	6,0%	7,1%	1,2%	3,6%	2,4%	1,2%
Epilepsie	28,3%	8,7%	13,0%	4,3%	13,0%	13,0%	0,0%	4,3%	0,0%
Fibromyalgie	8,8%	10,5%	6,1%	34,3%	24,9%	17,7%	3,3%	0,0%	1,7%
Greffes	30,0%	6,7%	26,7%	10,0%	6,7%	0,0%	0,0%	3,3%	13,3%
Grossesse	46,7%	20,7%	4,4%	13,3%	9,6%	0,7%	1,5%	0,0%	0,0%
Handicap fonctionnel	21,2%	9,7%	12,9%	8,8%	6,5%	33,2%	3,2%	2,8%	0,9%
H�mophilie	0,0%	20,0%	40,0%	0,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hépatite B	8,7%	4,3%	52,2%	4,3%	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%
Hépatite C	39,6%	15,1%	18,9%	9,4%	5,7%	0,0%	0,0%	1,9%	7,5%
Hypertension	11,1%	33,3%	44,4%	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	0,0%	0,0%
Infection nosocomiale	87,9%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Insuffisance rénale	20,0%	22,5%	22,5%	15,0%	5,0%	7,5%	5,0%	0,0%	2,5%
Lupus	11,1%	16,7%	38,9%	11,1%	16,7%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	55,7%	10,0%	12,9%	7,1%	5,7%	4,3%	0,0%	0,0%	2,9%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	81,6%	2,0%	8,2%	6,1%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies cardio-pulmonaires	32,9%	14,9%	24,8%	13,0%	8,1%	7,5%	3,1%	0,0%	0,6%
Maladie de Crohn	0,0%	8,8%	26,5%	35,3%	14,7%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	26,9%	7,7%	38,5%	11,5%	11,5%	3,8%	7,7%	3,8%	3,8%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	38,8%	6,1%	20,4%	12,2%	14,3%	12,2%	6,1%	4,1%	0,0%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	41,6%	13,3%	6,8%	16,5%	18,3%	5,3%	3,8%	0,0%	0,0%
Maladies du système respiratoire	35,5%	19,4%	3,2%	12,9%	6,5%	19,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Maladies rares	21,1%	10,5%	31,6%	11,7%	11,7%	9,4%	2,3%	0,0%	2,9%
Mucoviscidose	0,0%	7,7%	7,7%	11,5%	53,8%	7,7%	3,8%	0,0%	0,0%
Myopathie	14,8%	14,8%	11,1%	7,4%	7,4%	29,6%	3,7%	0,0%	0,0%
Obésité	21,4%	7,1%	42,9%	7,1%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Parkinson	12,4%	6,7%	11,2%	22,5%	12,4%	23,6%	16,9%	1,1%	0,0%
Polyarthrite rhumatoïde	0,0%	0,0%	40,0%	35,0%	10,0%	20,0%	5,0%	0,0%	0,0%
Sclérose en plaques	10,0%	5,7%	33,6%	17,9%	14,3%	17,9%	0,0%	2,1%	0,0%
Schizophrénie	51,0%	2,0%	3,1%	1,0%	2,0%	4,1%	0,0%	19,4%	0,0%
Spondylarthrite	3,1%	3,1%	33,8%	27,7%	23,1%	6,2%	1,5%	0,0%	1,5%
Troubles bipolaires	25,2%	3,1%	13,4%	10,2%	10,2%	4,7%	0,8%	12,6%	0,8%
Troubles mentaux et du comportement (autres)	57,7%	3,3%	2,9%	3,6%	3,6%	5,3%	0,7%	14,2%	0,4%
Traumatismes crâniens	42,9%	14,3%	0,0%	14,3%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Troubles musculo-squelettiques	28,6%	11,4%	7,6%	15,2%	27,6%	7,6%	1,0%	0,0%	1,0%
V.I.H.	9,5%	10,1%	36,0%	4,2%	5,8%	6,9%	0,5%	3,2%	4,8%

I. LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme toujours, pour des raisons structurellement liées aux champs d'intervention du CISS et certainement aussi, en raison de nos vecteurs de communication, ces problématiques constituent le premier sujet de préoccupation des personnes sollicitant Santé Info Droits.

Mis à part 2011 où l'affaire du Mediator est venue rompre la progression linéaire de cette thématique en créant un pic d'appels, les sollicitations des usagers du système de santé sont d'une année sur l'autre en constante augmentation, à l'instar de l'activité générale du service.

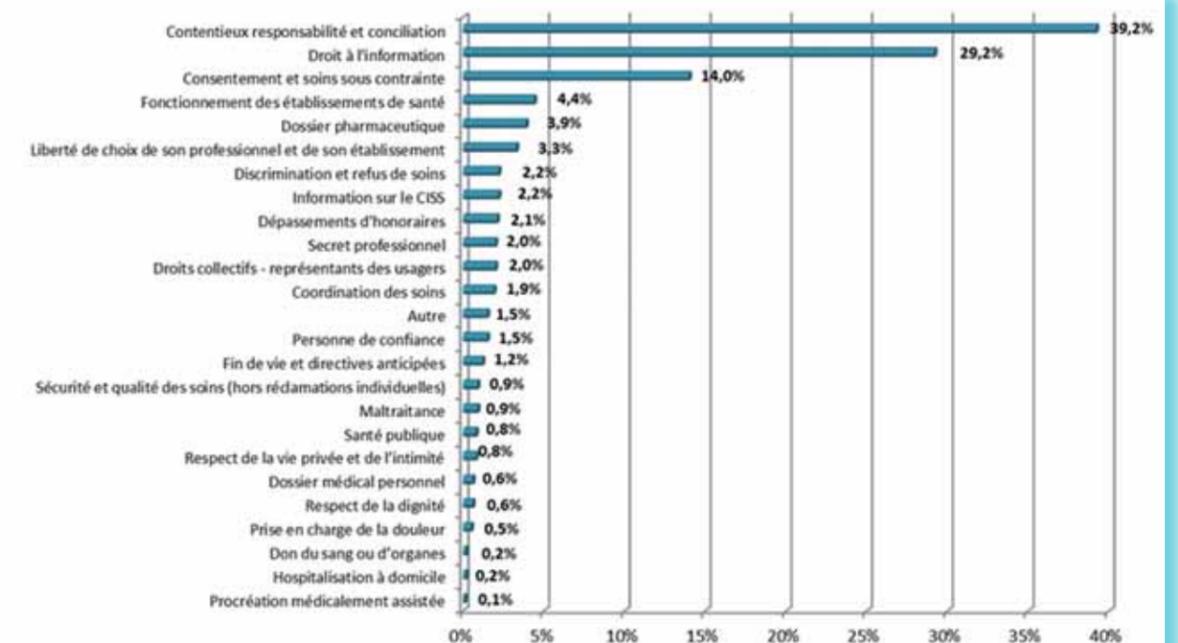


Cette rubrique concerne en premier lieu tous les questionnements juridiques que rencontre la personne malade lors de son parcours dans le système de soins, qu'elle passe par les établissements de santé (publics ou privés) ou les cabinets de ville, les pharmacies, les différents professionnels ou structures intervenant dans la prise en charge des soins.

La plupart des droits individuels reconnus aux usagers se retrouvent dans le Code de la Santé publique.

A ces droits individuels s'ajoutent les enjeux autour des droits collectifs et de la représentation des usagers du système de santé.

Répartition des sollicitations de la thématique « Droits des usagers du système de santé » en 2013



Au regard de la prédominance des premières sous-thématiques, notre ligne rédactionnelle pour cette année 2013 s'est naturellement imposée. Comme chaque année, les questions de responsabilité médicale constituent une partie très importante de nos sollicitations avec près de 40 % des appels de la thématique « Droits des usagers du système de santé ». Suivent ensuite les situations portant sur les droits individuels fondamentaux que sont le droit à l'information sur son état de santé, le consentement aux soins et son pendant des soins psychiatriques sans consentement.

Par ailleurs, au vu d'une des missions principales du CISS, en matière d'animation de réseau et de formation des représentants des usagers du système de santé, nous ne manquerons pas de porter une attention particulière aux questions de droits collectifs et de représentation des usagers.

A. Responsabilité médicale en cas d'accidents, d'infections nosocomiales ou d'affections iatrogènes : contentieux et conciliation

Du retard de diagnostic à l'infection nosocomiale en passant par l'oubli d'un dispositif médical ou les effets secondaires d'un traitement, les situations d'accident médical sont variées. Et les victimes poursuivent, elles, des objectifs qui divergent en fonction de nombreux paramètres dont leur état d'esprit, le moment où elles nous contactent, la relation qu'elles entretiennent avec le professionnel de santé responsable, la façon dont celui-ci a accompagné l'information sur l'accident...

Toutes ne sont pas dans une recherche de réparation pécuniaire du dommage, elles souhaitent souvent comprendre ce qui s'est passé, parfois sanctionner la faute ou prévenir la survenue de risques similaires.

En fonction du but qu'elles poursuivent, plusieurs options peuvent être envisageables pour les victimes d'accidents médicaux :

- En cas de recherche de sanction, l'Ordre professionnel, le directeur de l'établissement de santé ou la juridiction pénale.
- En cas de recherche de conciliation, la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de l'établissement concerné ou le Pôle Santé du Défenseur des droits, par exemple.
- En cas de recherche d'indemnisation, l'assurance responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé, les tribunaux, administratif (pour un établissement public) ou judiciaire (pour les établissements privés ou les professionnels exerçant en libéral), l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (pour des contentieux spécifiques tels que celui des victimes de contamination au VHC, VHB ou au VIH par transfusion sanguine ou des victimes du Mediator) ou encore la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux.

C'est sur ce dernier type de recours que nos développements vont se concentrer cette année.

En effet, le dispositif des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (CRCI) fait l'objet, depuis sa création par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, d'un soutien critique de la part du CISS et des associations spécialisées dans l'accompagnement des victimes.

Ces commissions sont composées de tous les représentants du « secteur » : associations d'usagers, professionnels et établissements de santé, ONIAM, assurances et personnes qualifiées. Elles sont compétentes pour examiner toutes les demandes de victimes d'accidents médicaux, fautifs ou non, intervenus après le 4 septembre 2001 et dont l'état de santé présente un certain seuil de gravité.

Permettant une expertise et un examen gratuits de son dossier, une victime d'infection nosocomiale, par exemple, peut recevoir un avis positif d'indemnisation à faire valoir auprès du responsable de son dommage, son assureur ou l'ONIAM, sans avoir obligatoirement à être assisté par un avocat.

 J'ai eu une opération en 2000 qui a occasionné une maladie nosocomiale et des séquelles. Les médecins ne m'en ont jamais informée. Mon handicap est important puisque la maison départementale des personnes handicapées m'a reconnue un taux d'incapacité de 40%. Est-ce que je peux encore tenter quelque chose pour être indemnisée ? Est-ce que je peux aller devant la CRCI car je ne peux pas payer d'avocat ?

Ce témoignage nous offre une belle illustration en creux de l'intérêt principal du dispositif d'indemnisation amiable.

En l'espèce, cet usager ne peut saisir le CRCI car l'acte médical qui a causé son dommage est antérieur à 2001. Il ne se trouve néanmoins pas sans recours puisqu'il peut saisir les tribunaux mais il aura, à sa charge, les frais d'avocats et d'expertises et verra ses préjudices réparés au bout de plusieurs années. Dans un contexte personnel de fragilité physique, sociale et peut-être même psychologique, on comprend en quoi ce mécanisme est indispensable aux victimes.

Plus encore, les CRCI et leur mécanisme d'indemnisation spécifique constituent un palliatif des lacunes inhérentes aux règles de droit commun en matière de responsabilité médicale et d'indemnisation de l'aléa thérapeutique :

 J'ai été opéré de l'épaule et le médecin a touché une artère qui m'a plongé dans le coma de nombreux jours. J'ai pris un avocat. On a fait un référé expertise. L'expert a conclu à l'aléa thérapeutique. Mon recours a donc été rejeté. Mon avocat veut qu'on aille en procès pour faire condamner le médecin pour défaut d'information. Est-ce que je dois saisir la CRCI ou pas ? Je ne sais plus trop quoi faire ...

L'aléa thérapeutique est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins dont la réalisation s'est produite en dehors de toute faute du professionnel de santé et qui ne peut être maîtrisée.

Comme il ne peut être désigné de responsable de l'accident, les juridictions de droit commun (tribunal de grande instance ou tribunal administratif) ne sont pas en mesure d'accueillir favorablement ces demandes. La loi de 2002 a donc mis en place une procédure d'indemnisation pour ces victimes qui peuvent désormais saisir la CRCI compétente et voir leurs préjudices réparés non pas par l'assurance du professionnel ou de l'établissement de santé mais par l'établissement public qu'est l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, au titre de la solidarité nationale.

Ces questionnements reçus sur Santé Info Droits, rejoints par les situations individuelles suivies par les associations membres du CISS telles que l'AVIAM, le LIEN, l'APF ou la FNATH, par exemple, témoignent de l'avancée considérable que constitue l'existence même de ce dispositif et nous conduisent à défendre sa pérennisation.

Il reste néanmoins perfectible à plusieurs niveaux : des marges d'amélioration, tant sur le plan des pratiques des commissions que sur le plan du cadre juridique de leur intervention, restent à développer.

 Je fais des démarches depuis 8 ans pour être indemnisé parce qu'un médecin m'a complètement loupé. J'ai des problèmes de dents. Il me les a limées alors que j'ai la maladie de SADAM qui consiste en une double luxation. Le médecin expert de la CRCI a dit que j'avais un état initial psychosomatique qui avait favorisé cela et que le médecin a aggravé sans le vouloir ou pouvoir le prévoir. Du coup, la CRCI n'a pas examiné mon dossier et moi, je ne comprends pas !!! Je vais saisir le tribunal mais je veux être sûr des arguments que j'avance. Mon avocat s'est complètement trompé sur toute la ligne.

On fait face ici à une double difficulté : les seuils de recevabilité pour accéder aux CRCI et la prise en compte de l'état antérieur de la victime.

Le premier obstacle est pointé du doigt régulièrement par les acteurs associatifs et, chaque année, par notre rapport d'observation. Pour rappel, seules peuvent accéder à un examen en CRCI les victimes dont les préjudices présentent un certain seuil de gravité (une atteinte à l'intégrité physique et psychique de 25%, un arrêt temporaire des activités professionnelles supérieur à 6 mois, un déficit fonctionnel temporaire de 50% pendant au moins 6 mois ou encore des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence).

Ces seuils de recevabilité sont beaucoup trop élevés et empêchent de (trop) nombreuses victimes de voir leur dommage réparé puisqu'elles n'auront ni les moyens financiers, ni l'énergie d'engager une procédure devant les tribunaux.

Par ailleurs, ces seuils sont souvent mal évalués du fait que certaines CRCI affectent l'état antérieur à l'accident de l'usager sur son état de santé global, au moment de sa saisine, pour considérer alors que le taux d'incapacité lié directement à l'accident n'est pas atteint, comme c'est le cas du témoignage ci-dessus.

Il ne s'agit pas pour nous de faire peser sur le professionnel, sur l'établissement de santé ou sur la solidarité nationale la charge de l'indemnisation de préjudices dont il n'est pas responsable, mais de prendre en compte l'état global de la personne au moment où elle se présente devant la commission, en tant que victime d'un accident médical et lui offrir ainsi les moyens d'une indemnisation à l'amiable des préjudices liés à l'acte de soins.

Sur ces questions, le CISS participe à un groupe de travail avec le Défenseur des droits, susceptible, nous l'espérons, de faire évoluer le dispositif dans le bon sens et d'obtenir, auprès des pouvoirs publics, une amélioration de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

B. Droit à l'information

Le droit à l'information en matière de santé se décline à trois niveaux : l'information sur les soins délivrés à l'utilisateur, l'accès à son dossier médical et l'information sur les coûts des prestations de santé.

Notre propos, cette année, sera consacré au premier élément de cette composante, le droit à l'information sur les soins tel que le prévoit l'article L1111-2 du Code de la Santé publique :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

[...]

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

[...]

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

[...] »

Si on peut penser que ces droits ont vocation à être respectés sans qu'il ne soit nécessaire de brandir, à l'encontre des professionnels, le Code de la Santé publique, puisqu'ils relèvent presque tout simplement de la communication, de la relation humaine, certains témoignages laissent à penser que des efforts supplémentaires sont à fournir par quelques praticiens qui doivent interroger leur pratique au regard des enjeux médicaux et psychologiques :



J'ai eu une tumeur au cerveau en 2005 et, depuis, je fais des IRM régulièrement pour vérifier que tout va bien. Il y a un mois et demi, j'en ai fait une et depuis je n'ai pas eu les résultats, j'appelle régulièrement le secrétariat qui me répond que le médecin est au courant de ma demande, qu'il est juste débordé. Mais du coup, je suis vraiment angoissée, je change de sentiment toutes les 5 min me disant parfois que s'il y avait quelque chose, il m'aurait quand même informée depuis le temps. Peut-être que je suis juste casse-pied à demander ces résultats. Je ne veux pas rentrer en conflit avec lui car il me suit correctement depuis des années. Mais quand même, j'ai besoin de savoir.

Je me rends bien compte que je suis dans une relation de dépendance avec lui... C'est terrible, j'ai l'impression d'être une enfant.

Dans le domaine du droit à l'information, en 2013, nous avons pu constater une très forte augmentation des questionnements sur la personne de confiance :

Evolution des sollicitations de la thématique « Droits des usagers du système de santé » entre 2012 et 2013

Personne de confiance	+56,0%
Santé publique	+23,1%
Consentement et soins sous contrainte	+20,1%
Secret professionnel	+14,9%
Fin de vie et directives anticipées	+13,8%
Contentieux, responsabilité et conciliation	+5,8%
Droit à l'information	+0,1%
Dépassements d'honoraires	-3,5%
Dossier médical personnel	-6,3%
Respect de la vie privée et de l'intimité	-9,1%
Discrimination et refus de soins	-10,6%
Droits collectifs - représentants des usagers	-13,0%
Fonctionnement des établissements de santé	-14,1%
Dossier pharmaceutique	-14,2%
Maltraitance	-28,1%
Coordination des soins	-32,9%
Respect de la dignité	-34,8%
Prise en charge de la douleur	-42,9%

Dans cet objectif d'information et de promotion de ce mécanisme, une fiche *CISS Pratique* est dédiée à cette notion de la personne de confiance. A cet égard, on peut émettre l'hypothèse que la publication de cette fiche fin 2012 a contribué à l'accroissement d'appels sur le sujet en 2013, accroissement dont on ne peut que se satisfaire puisqu'il constitue la démonstration de l'intérêt des usagers pour ce dispositif, globalement peu connu.

L'article L1111-6 du Code de la Santé publique définit la personne de confiance comme le parent ou le proche d'une personne malade au cas où celle-ci serait hors d'état d'exprimer sa volonté et/ou de recevoir l'information. Elle peut également, à la demande de l'utilisateur, l'accompagner dans ses démarches et assister aux examens médicaux afin de l'aider dans sa prise de décision. Cette désignation écrite doit être proposée à chaque personne hospitalisée. Elle est révocable à tout moment.

Quand l'utilisateur est en mesure de recevoir lui-même l'information et d'exprimer son consentement, la personne de confiance joue un rôle d'accompagnateur dans le parcours de soins, elle n'est pas celle qui décide pour l'autre mais celle qui l'aide à sa demande, elle ne doit pas s'imposer dans les décisions, elle ne doit pas être le receveur prioritaire de l'information médicale.

C'est pourquoi on peut être surpris de certains témoignages :



Je suis atteinte d'un cancer et mon mari est ma personne de confiance. Ce qui me gêne c'est que mon mari est le destinataire exclusif de l'information médicale me concernant et que moi je n'arrive pas à avoir accès à mon diagnostic. Est-ce normal ?

On constate ici le détournement du rôle qui est attribué à la personne de confiance par le médecin qui exclut ainsi la personne malade de son droit à être informé sur son état de santé et ainsi à consentir, en pleine connaissance, aux soins qui la concernent directement.

D'où la nécessité impérieuse de comprendre, de connaître les contours du statut et des missions de la personne de confiance quand on est en capacité de s'exprimer et quand on ne l'est plus.

 Si j'ai désigné, au cours d'une hospitalisation passée, une personne de confiance, est-ce qu'elle le sera indéfiniment pour les autres hospitalisations ? Est-ce que la personne de confiance peut consulter mon dossier médical ?

Ces questionnements illustrent la tonalité généralement constatée au cours des entretiens ayant trait à la personne de confiance.

Ils sont par ailleurs le révélateur du fait que, bien que libre, cet acte de désigner une personne de confiance ne doit pas en être moins consciencieux et réfléchi. Il doit nécessairement procéder d'un échange, notamment sur les alternatives thérapeutiques envisagées par la personne malade.

C. Consentement aux soins

Si le consentement, que l'on peut définir comme le droit de prendre ses propres décisions quant à sa santé, y compris le cas échéant de renoncer aux soins, fait l'objet de peu d'obstacles dans son exercice par la population générale, il en va tout autrement pour les personnes majeures sous tutelle et pour celles qui subissent/reçoivent des soins psychiatriques sous contrainte.

Les sollicitations portant sur le parcours de soins des malades psychiques (qui peuvent par ailleurs avoir été placés sous mesure de tutelle) sont récurrentes sur Santé Info Droits. Elles proviennent aussi bien des personnes elles-mêmes que de leurs proches.

La question du consentement aux soins est centrale en la matière puisqu'elle intervient à différents stades.

Sur la base de deux certificats médicaux circonstanciés attestant de la nécessité de soins immédiats auxquels la personne n'est pas en mesure de consentir, une admission en soins psychiatriques sur la demande d'un tiers ou du représentant de l'Etat dans le département peut être décidée.

Si on peut entendre, dans une certaine mesure, qu'il soit parfois nécessaire d'user de la contrainte pour l'entrée dans le soin, lorsqu'une personne met en jeu sa santé et sa sécurité ou celles des autres, il est, en revanche, plus difficile d'aboutir à l'efficacité d'un traitement, d'une démarche de soins dans la contrainte. Le soin, notamment psychiatrique, nécessite la recherche de l'adhésion, la participation du patient.

Au regard du niveau d'atteinte à la liberté d'aller et venir de l'individu, il a été mis en place une procédure de contrôle systématique de ces mesures par le juge des libertés et de la détention, au début de l'hospitalisation complète et tous les 6 mois. Il est également possible de le saisir, à tout moment, pour faire lever une hospitalisation sous contrainte. Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne malade peut engager un tel recours :

 Je souhaiterais obtenir des coordonnées d'un avocat spécialisé en droit médical. Il s'agit de mon frère qui est schizophrène et qui a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation sur la demande d'un tiers, pendant plusieurs années, dans un hôpital de la région où il habitait, mesure dont j'ai réussi à obtenir la mainlevée en saisissant le juge. Du coup, il était en hospitalisation libre et je l'ai, en quelque sorte, « kidnappé » pour le faire hospitaliser dans un établissement parisien, proche de chez nous. L'hôpital où il était le sur-dosait en neuroleptiques causant des crises d'épilepsies et de l'hyperkinésie et occasionnant des séquelles sur le plan cognitif.

Nous voudrions que ses préjudices soient réparés mais nous avons l'impression que tous les interlocuteurs sont de mèches (l'organisme gestionnaire, la personne chargée de gérer la mesure de protection et le juge des tutelles) Nous nous interrogeons sur le moyen de récupérer son dossier médical sachant qu'il est sous mesure de protection.

On voit bien, grâce à ce témoignage, la complexité de ces situations.

D'autant qu'il peut exister par ailleurs des pratiques médicales possiblement contestables en la matière, comme détaillées ci-dessus. On peut alors s'interroger sur le rôle des représentants des usagers et de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans ce type d'établissement de santé.

Comment veiller au respect des droits des usagers tels que le consentement, justement, l'information, l'accès au dossier médical, la délivrance de soins de qualité, dans un hôpital psychiatrique où les usagers sont là sous la contrainte ? Voici souvent les paradoxes mis en lumière par les témoignages et échanges issus de l'activité de la ligne :

 Je suis schizophrène. Je vais beaucoup mieux depuis un an, je suis mon traitement. J'ai à l'époque été hospitalisé (fin 2011) et j'aurais quelques remarques à exprimer au chef de service. Par exemple, puisque je vous ai, lorsque le ménage était fait dans les chambres, alors que nous malades étions médicamenteusement et donc fatigués, on nous plaçait en attente dans le couloir sans fauteuil. Ainsi nous dormions par terre. J'ai à me plaindre aussi de non-respect de mon intimité. De quels recours puis-je disposer ?

Ma fille est schizophrène et elle a changé de traitement il y a quelques semaines. Ce traitement ne lui convient pas du tout et nous constatons depuis quelques temps une dégradation de son état. Que peut-on faire en tant que parents pour obtenir un retour au traitement d'origine qui lui convenait beaucoup mieux. La psychiatrie est sectorisée et on ne peut donc pas aller voir un autre médecin ?

Dans ce contexte, émerge concomitamment la question du rôle des représentants des usagers et de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans ce type d'établissement de santé.

Comment recourir à ces représentants associatifs lorsque les droits sont entravés ? Comment les membres de la CRUQPC peuvent-ils exercer leur mission de veiller à la qualité des soins sans pouvoir librement s'entretenir avec les patients, pas toujours conscients ?

La tâche est ardue mais d'autant plus indispensable au bien-être des seuls usagers du système de santé à pouvoir être hospitalisés sans leur consentement.

D. Représentation des usagers et Droits collectifs

Le représentant des usagers est le porteur de la parole des usagers du système de santé, garant du respect de leurs droits et de leurs intérêts. Il siège dans les instances et commissions au sein desquelles il est mandaté et est membre d'une association de santé agréée. On pourrait dire qu'il y a presque autant de cadres d'exercice de la représentation que de représentants d'usagers eux-mêmes.

On retrouve naturellement cette diversité dans les questionnements qui mettent en évidence les différents niveaux d'intervention de ces représentants.



Je suis représentant des usagers, j'ai appris qu'il y a eu récemment 2 accidents médicaux dans l'établissement où je siège : les victimes n'ont pas été informées par l'établissement de mon existence ni des recours possibles. Est-ce normal ? Les établissements n'ont-ils pas l'obligation d'informer les victimes sur les différents recours pouvant être exercés dans ce cas-là ? Que puis-je faire à ce sujet en tant que représentant des usagers ?

La fonction de représentant des usagers prend tout son sens ici : partir de situations individuelles pour s'interroger sur la dimension collective de la pratique de l'établissement de santé à l'égard des usagers.

Ces interrogations pertinentes sur le plan juridique permettent également, si elles peuvent être soumises à la direction de l'établissement, de faire avancer le droit à l'information de toutes les victimes d'accidents médicaux.

L'équipe de Santé Info Droits est par ailleurs sollicitée sur des questionnements de droit de la représentation des usagers, c'est-à-dire de statut juridique du représentant et d'indemnisation des frais qu'il engage dans la pratique de ses missions.

De nombreux textes encadrent ces éléments : qui siège dans telle instance ? Ai-je le droit de m'absenter de mon travail pour me rendre à une réunion de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ? Puis-je avoir accès au dossier médical de l'utilisateur qui m'a saisi ?

Parfois, les textes sont silencieux, et la tâche se complique pour le représentant qui doit faire valoir ses droits auprès d'une administration un peu rigide :



Bonjour,

Je suis représentant des usagers au sein de plusieurs instances d'un CHU et je demande l'indemnisation de mes frais de transport pour certaines réunions. Voici ci-dessous la réponse qui m'a été formulée dernièrement :

« Suite à notre échange et comme convenu, je vous confirme les éléments évoqués ensemble quant à la prise en charge des frais de déplacement des usagers membres du Comité de lutte contre la douleur. A ce jour, et sauf erreur de notre part, il n'existe aucun texte qui prévoit cette prise en charge. Aussi, sans base légale, la Trésorerie ne peut donner suite à une demande de ce type. Il ne nous est donc, malheureusement, en l'état des textes en vigueur, pas possible d'accéder à votre demande.

Toutefois, et si vos différents contacts auprès d'autres établissements, permettaient de connaître une solution réglementaire, nous serions intéressés, car notre impossibilité, encore une fois, est purement réglementaire et technique et ne se situe absolument pas sur le fond.

Bien cordialement,

Madame X

Chef du pôle Stratégie, Qualité/Risques et Usagers CHU Y »

Si l'établissement ne s'en tient qu'aux articles du Code de Santé publique, il est évident que seul est prévu expressément le remboursement des frais de déplacement des RU qui siègent en CRUQPC et au Conseil de Surveillance.

Comment lui faire admettre d'étendre le bénéfice de ces remboursements à l'ensemble des commissions pour le fonctionnement desquelles il sollicite la participation des représentants des usagers ?

Personnellement, l'ensemble de mes déplacements dans l'autre CH dans lequel je siège sont pris en compte, y compris pour des participations à des sous-commissions ou des groupes de travail. Avez-vous une solution pour m'aider à débloquer la situation ?

En plus de la disponibilité, de la formation théorique et pratique, de l'implication, des connaissances qu'il faut développer au quotidien pour exercer au mieux son rôle de représentant des usagers, ils doivent également parfois faire preuve de pugnacité.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique «Droits des usagers du système de santé» en 2013 :

J'ai fait une demande d'accès à mon dossier médical suite à mon accouchement. J'ai bien fait une lettre recommandée avec AR en mettant le texte de loi (lettre-type trouvée sur servicepublic.fr). J'ai juste oublié de mettre la copie de ma pièce d'identité. J'ai reçu une lettre-type en réponse où ils me demandent de motiver ma demande en se fondant sur un décret. J'ai vu sur Internet que cela ne concernait que les personnes décédées !!! J'ai demandé aussi à venir chercher les copies mais on m'a dit que ce n'était pas possible et qu'ils allaient me l'envoyer mais ça coûte cher alors que je peux me déplacer... Sinon, je me demandais si je pouvais prendre les documents en photo.

...

Je me permets de vous écrire car j'ai besoin de votre aide concernant une plainte que j'ai déposée à l'encontre du médecin pédiatre qui a suivi à plusieurs reprises mes enfants. J'ai déposé une plainte auprès de l'ordre des médecins de Lyon, car en décembre 2012 le docteur m'a indiqué, suite à une consultation médicale pour ma fille, que je n'aurai plus accès à son cabinet du fait que je refuse de régler la consultation et qu'il ne prenait aucun patient à la CMU-C car il payait suffisamment d'impôts. Effectivement j'ai refusé de régler la consultation car je lui ai précisé que j'avais la CMU complémentaire et que je devais être dispensée de l'avance de frais.

Aujourd'hui, j'ai été convoquée au siège de l'ordre de médecins et la conciliation n'a rien donné, le docteur prétendant qu'il m'avait dorénavant refusée sous prétexte que je me serais emportée, ce qui est totalement faux. J'aimerais votre aide car du coup je vais devoir faire face au docteur devant la justice et je voudrais des conseils pour mieux me défendre...

...

Mon beau-père est en fin de vie à cause d'un cancer des os qui s'est généralisé. Il n'est pas en mesure de s'exprimer car il est sous morphine, et quand il s'exprime, il n'est pas du tout cohérent. Il est actuellement hospitalisé et doit sortir dans les jours qui viennent en hospitalisation à domicile (HAD). Et voilà qu'un chirurgien veut désormais l'opérer de la hanche et lui faire une biopsie. Tous les membres de la famille sont contre mais les médecins nous disent qu'on ne peut pas s'y opposer sauf à obtenir la signature de tous les membres de la famille.

On ne comprend plus rien. Hier, il était en fin de vie et là, ils veulent l'opérer sûrement car ils ont besoin d'argent ou veulent faire des tests sur lui... Comment faire ? Je crois qu'il est pris en charge par un service de soins palliatifs mais ce n'est pas très clair.

De toute façon, la prise en charge de cet hôpital a été très mauvaise. Déjà, pour la HAD, ils n'ont pas examiné d'autres solutions, ont dit à mon beau-père qu'il rentrerait chez lui, il était content, sans même en avoir parlé à ma belle-mère qui est aujourd'hui au bord de la rupture physique et morale et qui ne se voit pas refuser le retour de son mari à domicile. Elle a appris hier, lors de la visite de son domicile par l'équipe de HAD, que ce serait à elle de changer les couches de son mari. Nous sommes très inquiets pour elle maintenant.

Que faire ? Que dit le droit ?

De toute façon, je vais faire un courrier au directeur de l'établissement, une fois tout ça terminé, pour signaler les dysfonctionnements...

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2013, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

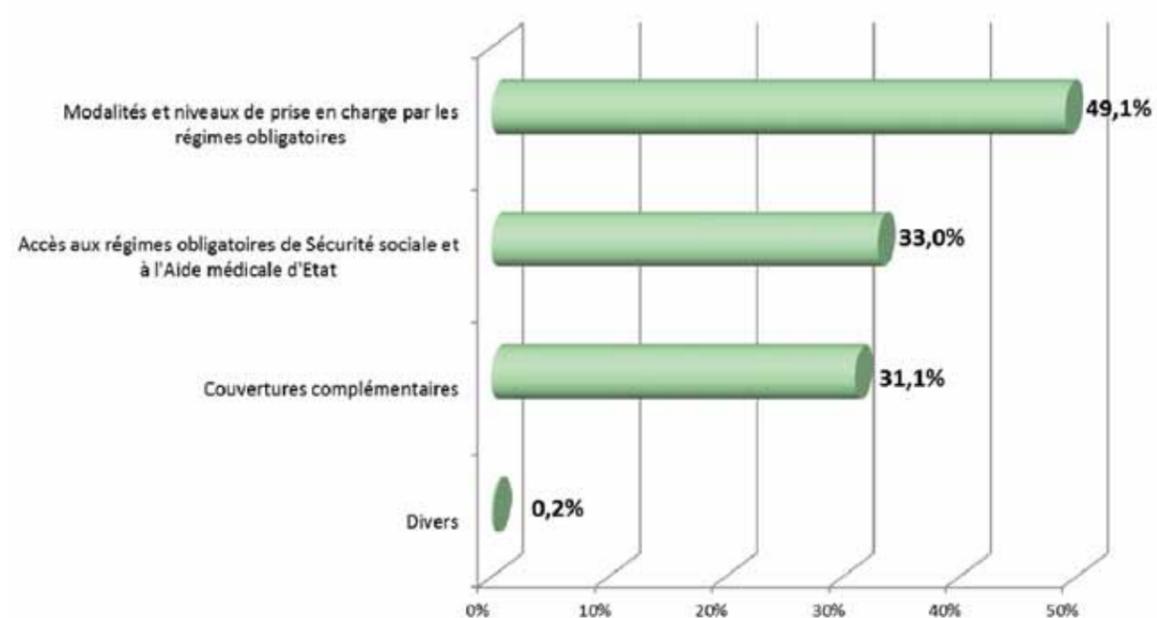
II. ACCÈS ET PRISE EN CHARGE DE SOINS

Derrière l'appellation de cette deuxième thématique au rang des sollicitations de Santé Info Droits, se retrouvent la plupart des prestations relevant du champ de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire et, plus spécifiquement, ce que l'on nomme les « prestations en nature ».

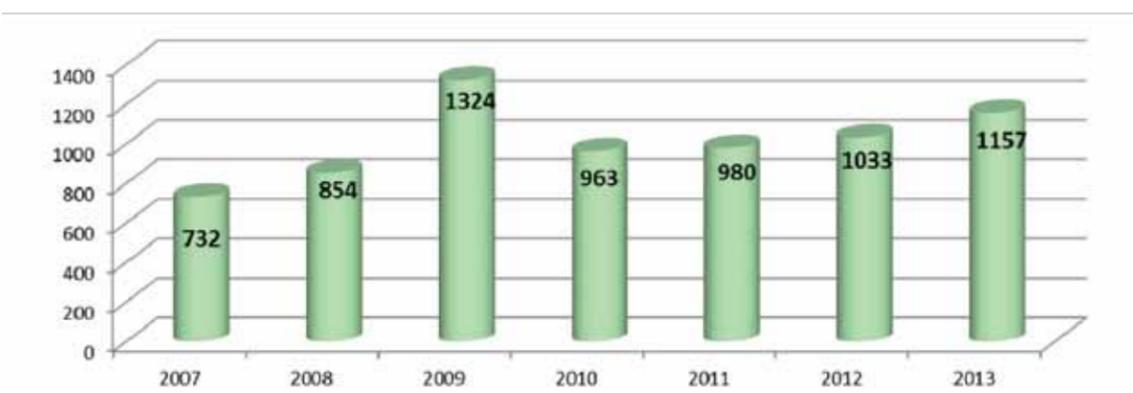
Par opposition aux prestations en espèces qui permettent l'indemnisation d'une incapacité de travail, les prestations en nature constituent la prise en charge des soins, nécessaires à l'état de santé des assurés sociaux, tels les consultations médicales, les médicaments, les hospitalisations, les frais d'optique ou dentaires, etc.

Dans cette rubrique, aux côtés des questionnements portant sur la charge financière des soins, se rencontrent les problématiques préalables liées l'accès, en lui-même, à ce régime de prise en charge, à l'Assurance maladie. Comment être assuré social ? Comment bénéficier d'une prise en charge des soins ? Quels droits à l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire dans quelle situation, pour quel statut ?

Répartition des sollicitations de la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2013

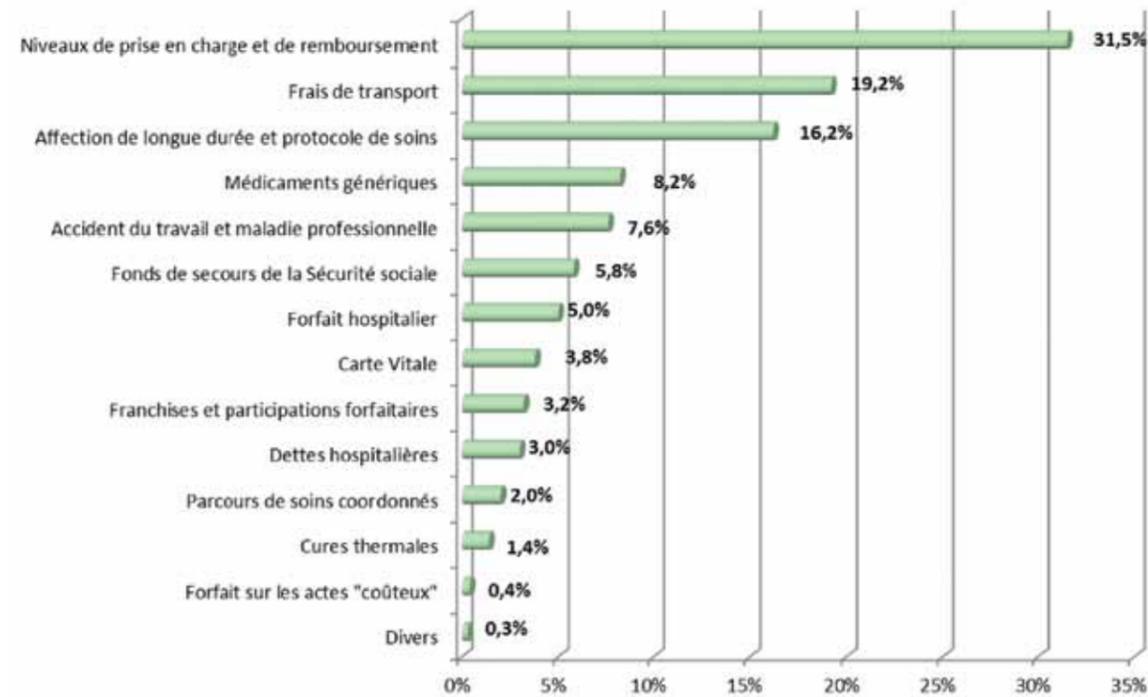


Evolution des sollicitations de la thématique « Accès et prise en charge des soins » depuis 2007



A. Niveaux de prise en charge des soins

Répartition des sollicitations de la sous-thématique « Modalités et niveaux de prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale »



Au rang des questions de niveaux de prise en charge, on trouve notamment ce qui relève du remboursement des soins par l'Assurance maladie, tels que ...

... les médicaments :

J'aurais besoin d'avoir des informations très fiables sur la réglementation en termes de prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et surtout sur le déremboursement des médicaments prescrits hors AMM dès lors que les médecins prescripteurs vont être contraints de l'indiquer sur les ordonnances. Les patients devront-ils alors payer ledit médicament ?

J'ai essayé de trouver les informations et surtout de les analyser, mais tout ce que j'ai trouvé de fiable sont les articles R163-8 et suivants et les articles L162-4 et R162-1-7 du Code de la Sécurité sociale. Notre problème est le suivant : la fibromyalgie n'ayant pas de médicaments dédiés, la plupart de ceux qui nous sont prescrits le sont donc hors AMM ... y a-t-il un moyen de les faire prendre en charge par la Sécurité sociale néanmoins ? Sommes-nous donc, de par la spécificité de notre maladie, condamnés à payer nous-mêmes notre traitement ? Pourriez-vous m'expliquer précisément les implications ?

... les frais de transports :

J'ai eu un problème. Du coup les pompiers sont venus et ont appelé le SAMU. J'ai été transféré à l'hôpital où je suis resté une nuit et une journée. Le SAMU vient de m'envoyer une facture de 2000 euros. Je ne comprends pas, en plus je n'ai pas de mutuelle ...c'est normal, ça ? Comment je peux faire ?

... les consultations médicales :

Mon médecin précise que les certificats médicaux pour la pratique d'un sport ne sont pas remboursés. C'est vrai ? C'est quand même une consultation médicale, non ?

Le recueil de témoignages sur Santé Info Droits nous a permis de constater, tout au long de ces années de fonctionnement, que les assurés sociaux s'estiment victimes, de plus en plus, de déremboursements, de diminution des niveaux de remboursement, d'application de taxes que constituent les franchises et participations forfaitaires.

Ces limitations à l'accès aux soins posent d'abord des difficultés majeures aux personnes malades dans leur vie quotidienne.

Par ailleurs, elles remettent en cause le principe de la solidarité : les gouvernants trouvent un prétexte politique à ces dispositions dans l'indispensable diminution du « trou de la Sécurité sociale » et dans la responsabilisation et la nécessaire prise de conscience des citoyens sur le coût de la santé pour la société. Comme si les personnes malades étaient indifférentes au coût d'une chirurgie ou d'une chimiothérapie ou pire, comme si elles avaient le choix d'être malade ou de ne pas l'être. Et surtout c'est considérer qu'il n'y a aucune autre solution de financement possible que le portefeuille des usagers du système de santé.

C'est dans ce contexte que le CISS a créé, en 2013, aux côtés du magazine 60 Millions de consommateurs et de la société Santéclair, l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé. Par son statut de membre de l'Institut des données de santé (IDS), le CISS a accès aux informations anonymisées du SNIIRAM (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie) et se trouve ainsi en possibilité d'évaluer le niveau des dépenses de santé à la charge des assurés sociaux : honoraires des professionnels de santé, frais d'hospitalisation, frais d'optique et dentaires, autant de sujets que cet observatoire ne manquera d'étudier sur la base de données chiffrées venant appuyer les situations concrètes qui sont relevées sur Santé Info Droits.

Parmi ces dépenses à la charge des usagers du système de santé, le forfait journalier hospitalier constitue parfois un lourd tribut :

Ma mère est hospitalisée depuis plus d'un mois et cela risque de durer encore longtemps, elle n'a pas de complémentaire santé, pour les frais hospitaliers, elle est prise en charge à 100%, mais reste à sa charge les 18 euros journaliers pour la chambre, sa pension de retraite est de 960 euros par mois, et le forfait par mois s'élève à 600 euros. Est-il possible de faire une demande à un organisme pour l'aider car il lui est impossible de payer cette somme une fois ses factures de logement et autres réglées ?

Créé en 1983, le forfait hospitalier, calculé par journée d'hospitalisation, est une participation à la charge de la personne hospitalisée, exigée au titre de ses frais d'hébergement. Le montant de ce forfait est déterminé par arrêté ministériel. Aujourd'hui de 18€ (13,50€ sur les hospitalisations psychiatriques), il a été multiplié pratiquement par 6, et a ainsi augmenté deux fois plus vite que le SMIC horaire depuis sa création.

Il est à noter que les personnes reconnues en affection de longue durée ne sont pas exonérées du paiement de ce forfait et que les complémentaires santé limitent leur prise en charge à une certaine durée. Cette dépense peut alors conduire à l'endettement :

 Je vous appelle car j'ai cru entendre dans les media que les établissements de santé avaient une obligation de faire un devis, maintenant. Vous pouvez m'en dire plus ? Car en fait j'ai été hospitalisée en psychiatrie longuement et ma mutuelle ne prend en charge le forfait hospitalier que pendant 30 jours. J'ai donc d'importantes dettes hospitalières que je ne peux pas payer car je ne reçois que 300€ par mois de salaire. J'ai fait une demande d'aide exceptionnelle à la Sécurité sociale qui m'a répondu que la dette était trop ancienne et que j'aurais dû savoir combien ça allait me coûter en me renseignant un peu... Comment ça va se passer ? Est-ce que les huissiers vont venir chez moi ?

Par ailleurs, de nombreux témoignages nous ont interpellés sur la façon dont le forfait hospitalier était appliqué par certains établissements de santé :

 L'hôpital me demande de payer deux forfaits journaliers, après mon passage aux urgences de 23h à 1h du matin ???!!! Je n'ai pas été hospitalisé. Ce n'est pas normal, ça.

 J'ai été hospitalisé pour moins de 24h puisque je suis restée de 21 h le soir jusqu'à 11 h du matin. L'hôpital m'ayant facturé ce forfait journalier, j'ai produit la circulaire indiquant que le forfait hospitalier n'était facturable que pour les séjours de plus de 24h. L'hôpital refuse pourtant les évidences en me renvoyant vers la page 113 de la circulaire qui traite de la tarification des prestations. L'ARS que j'ai contactée par courrier simple ne m'a pas répondu. Je trouve ça lamentable.

 J'ai fait une coloscopie dans une clinique mutualiste. Je suis entré à l'hôpital à 10h et sorti à 17h. On m'a facturé 18 euros et je ne comprends pas à quoi ça correspond.

En effet, les établissements s'appuient sur une diversité de textes contradictoires (au moins un arrêté et deux circulaires) pour choisir leur interprétation quant à la facturation du forfait hospitalier aux patients dont le séjour dure moins de 24h. Certains établissements n'appliquent aucun forfait hospitalier pour ces séjours, d'autres en appliquent un seul puisqu'il dure moins de 24h et d'autres, appliquent, de manière aberrante, deux forfaits dès lors que le séjour, bien que de moins de 24h, se déroule sur deux jours calendaires.

L'esprit du législateur était de faire participer l'utilisateur aux frais de son hébergement, dans une situation où ses dépenses à domicile seraient réduites du fait de son hospitalisation. On voit bien ici que l'application des textes par certains établissements dépasse largement cette volonté originelle. Si l'existence de critères et de seuils sont inévitables, encore faut-il que ceux-ci respectent une certaine cohérence et une certaine équité.

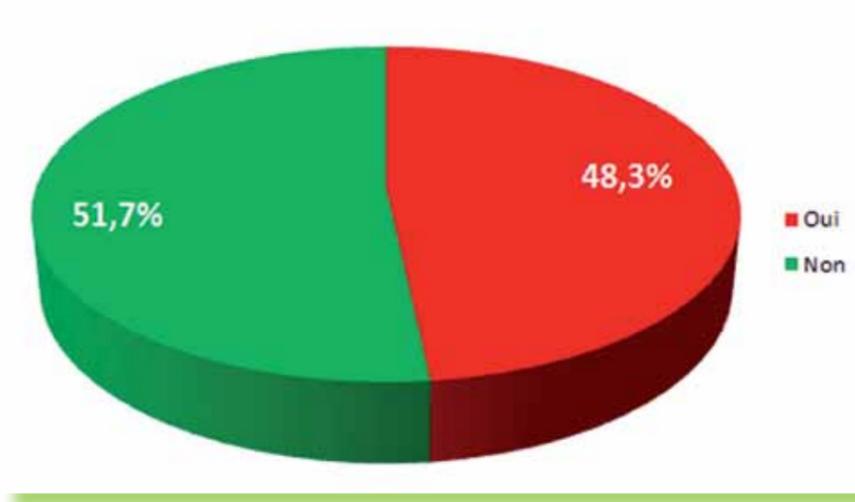
B. Le renoncement aux soins : enquête flash de Santé Info Droits 2013

Comme chaque année, Santé Info Droits mène une enquête auprès de ses utilisateurs afin de sonder leur vécu et/ou leur appréciation sur une thématique de santé.

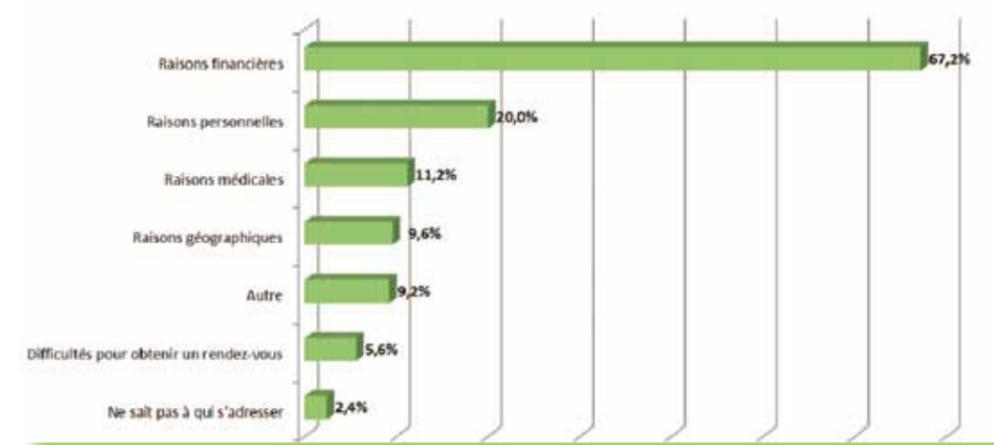
A la façon d'un baromètre, l'enquête de 2013 s'est attachée, du 9 au 21 décembre, à évaluer le renoncement aux soins des usagers en parallèle à celui exprimé au cours de l'année 2009 en les interrogeant sur la même problématique. Les chiffres sont éloquentes en ce qu'ils témoignent, d'une part, du peu d'évolution là où on aurait pu espérer une amélioration et, d'autre part, de la dégradation, à tout le moins du sentiment exprimé comme tel.

Le renoncement aux soins peut être défini comme le fait pour une personne de renoncer ou de reporter des soins de santé dont elle aurait besoin. 264 personnes ont donc été sondées.

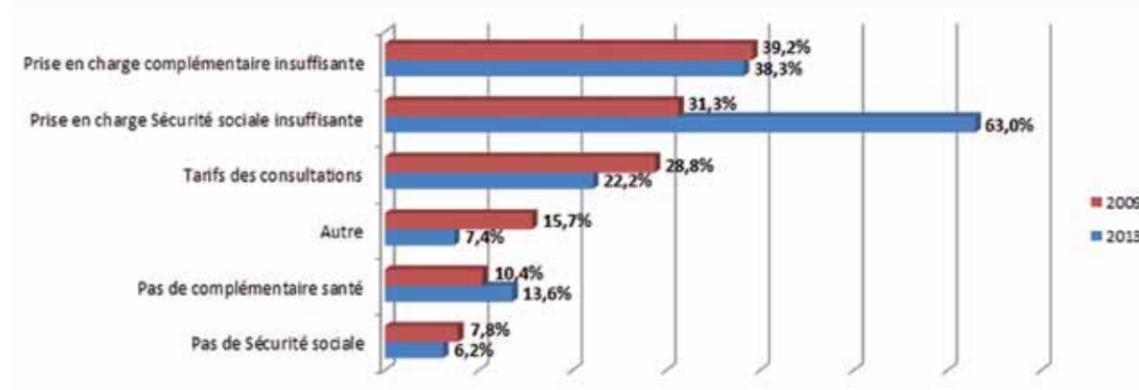
Avez-vous déjà été amené à renoncer ou à reporter des soins ?



Pour quelles raisons ?



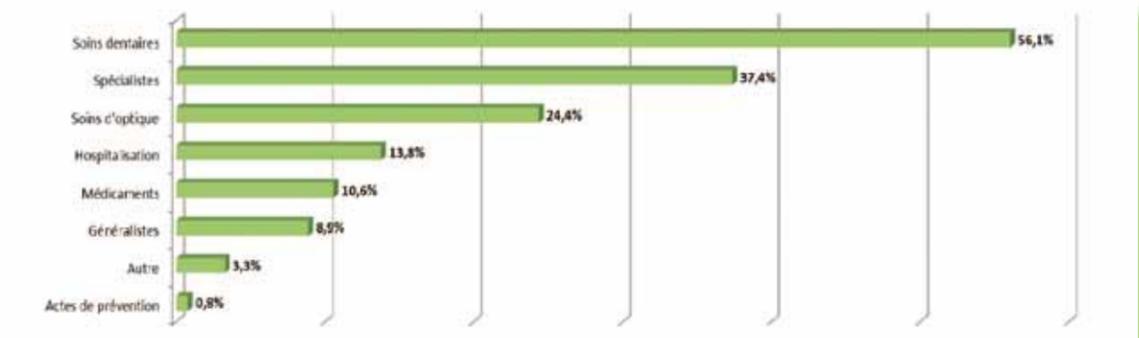
En cas de renoncement aux soins pour des raisons financières, précisez :



On constate ici une très forte augmentation dans l'expression de renoncements aux soins pour une insuffisance de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Ces éléments corroborent de manière intéressante les témoignages, reçus par ailleurs sur Santé Info Droits tout au long de l'année, en matière de déremboursement des soins et de restes à charge importants pour les assurés sociaux.

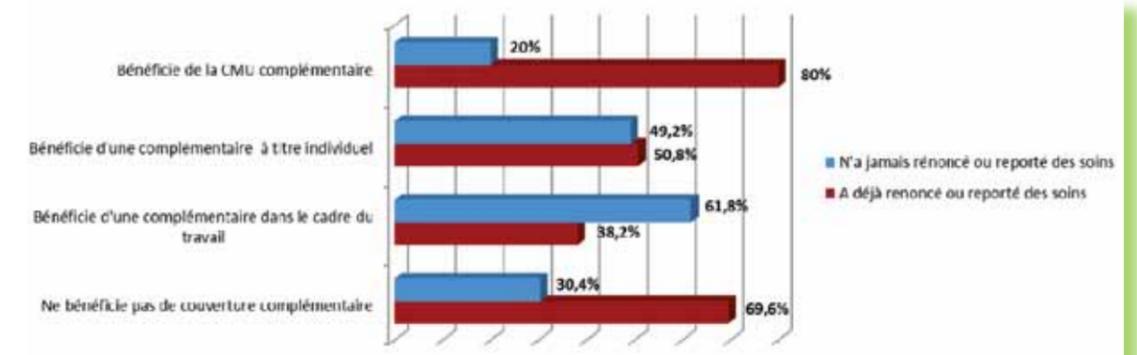
Ces renoncements concernaient quel type de soins ?



Sans surprise au regard des différents constats déjà établis par le CISS et Santé Info Droits, ces actes et pratiques en cause concernent plus particulièrement :

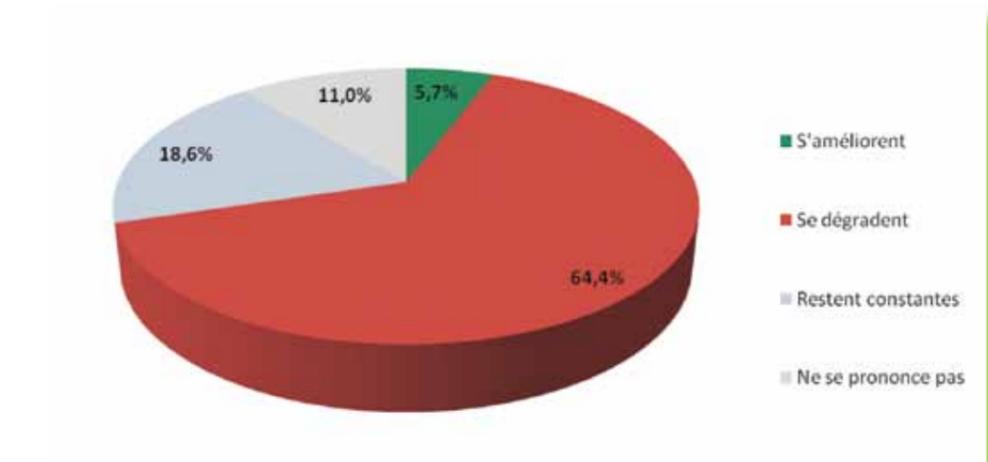
- le dentaire et l'optique, en raison de coûts exorbitants des dispositifs médicaux, par ailleurs, très peu remboursés ;
- le montant des honoraires des spécialistes (plus souvent conventionnés en secteur 2 et donc à dépassements autorisés).

Quel renoncement aux soins pour quelle couverture complémentaire ?



On est ici très interpellé par le taux de renoncement aux soins chez les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire santé, et pire, chez celles bénéficiant de la CMU-C. Dans ce dernier cas, deux hypothèses sont possibles : soit les personnes ont renoncé ou reporté des soins avant de bénéficier de la couverture complémentaire gratuite, soit elles renoncent ou reportent ces soins malgré le bénéfice de la CMU-C. Dans la deuxième hypothèse, beaucoup d'inquiétudes se feraient jour.

En ce qui vous concerne vous et votre entourage, diriez-vous que les conditions d'accès aux soins.... ?



Retrouvez tous les résultats de l'enquête flash 2013 dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2013, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

C. L'accès aux soins à l'épreuve des pratiques des caisses de Sécurité sociale

En tant qu'observatoire des droits des malades, Santé Info Droits se doit de faire un bilan du respect de ceux-ci à tous les niveaux et par toutes les institutions. A cet égard, on ne peut dénier le fait qu'au détour de questionnements juridiques et sociaux individuels, nous avons été le réceptacle de témoignages très évocateurs de dysfonctionnements graves de la part de certaines caisses primaires d'Assurance maladie.

 Depuis de nombreux mois, il y a une désorganisation structurelle organisée par le Conseil d'administration de ma Caisse de Sécurité Sociale. La dernière agente qui m'a reçu refuse de prendre une feuille de soins duplicata rectificative et de m'imprimer les prestations remboursées, elle m'explique qu'elle n'a que 3 minutes à m'accorder ; mon fils est régulièrement supprimé à mon rattachement et aucune Carte vitale ne lui a été fabriquée ; mon renouvellement de ma Carte vitale (imprimé) est attendu depuis plus de 3 mois !!!!! Et l'on refuse de me donner mes dossiers Accidents de Travail !!!!! Le médecin référent n'est toujours pas enregistré !!!!! Et maintenant, il me demande systématiquement de régler la consultation. Les centres de permanence ferment sans prévenir. Les agents ne sont pas remplacés et sont agressifs. Fermeture définitive de plusieurs antennes d'accueil. Malgré le signalement de plusieurs erreurs de données, et mes nombreuses visites au guichet, les problèmes s'accumulent sans rectification.....

 Merci de pousser un coup de gueule au J.T. de la santé, et aux Ministres pour ce désastre, ce chômage, ces pertes de temps.... Comment pouvons-nous être reçus correctement, et avec respect et dignité ? Comment puis-je avoir une communication partielle ou intégrale ? Comment peut-on faire rectifier et enregistrer les données de son dossier ? Quoi faire ????? Comment ?

On voit très bien au regard de ces courriels reçus par le CISS que les problèmes de gestion et d'organisation portent atteinte à l'accès aux soins des assurés sociaux puisqu'ils sont susceptibles d'entraîner des retards de prise en charge médicale, des ennuis financiers : le défaut de carte Vitale, par exemple, empêche la télétransmission des données permettant un remboursement plus rapide des frais engagés. Le non-enregistrement de la déclaration du médecin traitant conduit, quant à lui, à la majoration du taux de remboursement des consultations médicales.

Les conditions d'accueil décrites dans ces témoignages se passent par ailleurs de commentaires, un simple rappel peut-être : les caisses de sécurité sociale et leurs agents exercent une mission de service public, qui plus est à destination de populations souvent malades et précaires, nécessitant une attention particulière.

En parlant de populations précaires, cet échange avec une assistante sociale apporte des éléments instructifs :

 Je suis assistante sociale dans un foyer d'hébergement parisien. Je cherche à savoir, pour la CMU-C, si l'abattement de 30% sur les ressources pour les demandeurs d'emploi doit s'appliquer sur les salaires de cette période ou sur l'allocation de retour à l'emploi afin d'évaluer le meilleur moment pour effectuer une demande pour ce monsieur. Bon, je dois vous dire que c'est très compliqué à la CPAM de Paris, voici les situations que je rencontre quotidiennement :

- j'ai un bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé depuis des années qui, en demandant une attestation Sécurité sociale, s'est rendu compte qu'il était en maintien de droits ! J'ai demandé pourquoi et on m'a dit de faire pour lui une demande de CMU de base !?! Ce à quoi j'ai répondu qu'il devait être affilié au régime général !!!
- une femme qui attend son titre de séjour et a donc un récépissé. En attendant, on a fait une demande de CMU-C depuis des mois. Elle a deux filles mineures et toujours pas de CMU-C,

on lui demande toujours de nouvelles pièces, ce qui retarde l'examen du dossier. Maintenant, son récépissé de demande de titre de séjour n'est plus valable dans un mois, donc il va de nouveau manquer une pièce à son dossier.

- Je n'ai plus un seul dossier de demande de CMU-C qui ne m'est pas retourné « manquant ». On ne sait jamais ce qui manque en plus. Parfois, ils demandent un élément complémentaire alors même qu'il leur a déjà été envoyé. Donc ils renvoient tout le dossier qui est complet et qu'on doit renvoyer en entier. On est même obligé d'envoyer en recommandé maintenant de peur que le dossier ne soit pas reçu.

C'est kafkaïen.

Avant j'étais assistante sociale à l'hôpital et je pouvais appeler directement le service CMU-C de la CPAM et je pouvais ainsi régler directement les problèmes. Maintenant que je suis dans un foyer d'hébergement, je n'ai plus ce privilège donc je dois passer par le 3646 qui me dit qu'il manque des éléments au dossier sans être en mesure de me dire lesquels... On parle beaucoup du non-recours aux prestations dans les média mais il faut comprendre que les gens en aient marre aussi.

Pour rappel, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est destinée à offrir une complémentaire santé gratuite aux personnes vivant avec moins de 716 € par mois, ressources déjà bien inférieures au seuil de pauvreté.

Au regard de ces dysfonctionnements aux enjeux majeurs, on ne peut que adhérer pleinement à l'analyse conclusive de l'assistante sociale, à laquelle on peut ajouter le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C recensé dans notre enquête flash.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2013 :

Ma maman est atteinte d'un lymphome et est traitée par chimiothérapie depuis juillet. La demande d'ALD a été faite postérieurement au début des soins. La Sécurité sociale accepte le principe de la prise en charge à 100% mais la fait partir de la date de la demande et non pas de la date du début des soins. Est-ce conforme à la réglementation ?

...

J'avais l'AAH et j'ai une sclérose en plaques et donc j'avais l'Assurance maladie à ce titre. J'ai perdu mes droits en me pacant et je suis devenue ayant-droit de mon conjoint qui, depuis, a quitté la France et a pris une assurance privée qui ne me couvre pas. La CPAM me refuse l'ouverture de mes droits et me conseille de prendre l'assurance privée de mon conjoint. Depuis, je ne suis plus remboursée de mes frais médicaux.

...

Pourriez-vous m'indiquer quelles sont les démarches à suivre pour permettre à mon ami grec vivant chez moi de bénéficier des prestations de la Sécurité sociale? Le dossier de prise en charge pour une couverture sociale en Grèce a été déposé mais ne sera pris en compte que d'ici un an... J'ai adressé pour lui une demande d'aide médicale de l'Etat à la CPAM dont je dépends depuis un mois et suis dans l'attente d'une réponse. Pour ma part je suis enseignante et travaille à temps plein. Un certificat de concubinage serait-il la solution la plus adéquate ou avez-vous d'autres pistes qui pourraient m'éclairer?

...

J'ai un souci avec ma mutuelle qui me réclame systématiquement les originaux de mes factures. A-t-elle le droit? Lors de mon dernier envoi, ils les ont perdus et me demandent de nouveaux originaux.

Que faire? Ma mutuelle ne répond pas à mes demandes de remboursement et ne répond pas à mes courriers.

...

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès et prise en charge des soins » en 2013 :

J'ai fait une demande de renouvellement de CMU-C. J'ai reçu un avis défavorable mais étant au chômage et ma femme ne travaillant pas, ils auraient dû appliquer un abattement de 30% qu'ils n'ont pas effectué. Dois-je aller les voir pour qu'ils rectifient leur erreur ?

...

J'ai fait l'objet d'un prélèvement de franchises médicales sur ma pension de retraite du régime agricole MSA (qui est d'un montant de 405€ net par mois) ? Est-ce normal ? J'ai pris contact avec ma caisse, on m'a répondu simplement que je recevrais un courrier d'explication, que c'était au bon vouloir... Et que ça pouvait monter jusqu'à 50€ sur l'année. Honnêtement, je n'ai rien compris. J'ai posé la question à mon entourage, retraité comme moi et aucun problème de ce genre. Est-ce légal ? Y a-t-il un recours pour éviter ces prélèvements ?

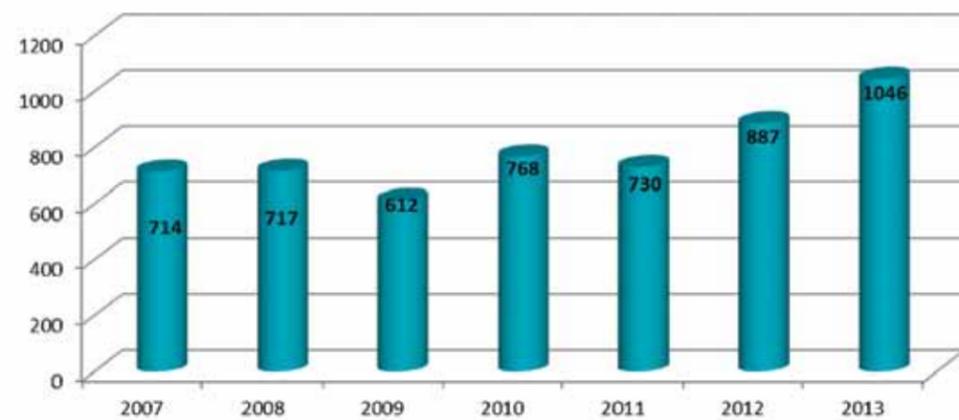
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS, dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2013 de Santé Info Droits, disponible au format Pdf sur le site Internet du CISS :

www.leciss.org/sante-info-droits

III. ACCÈS À L'EMPRUNT ET ASSURANCES

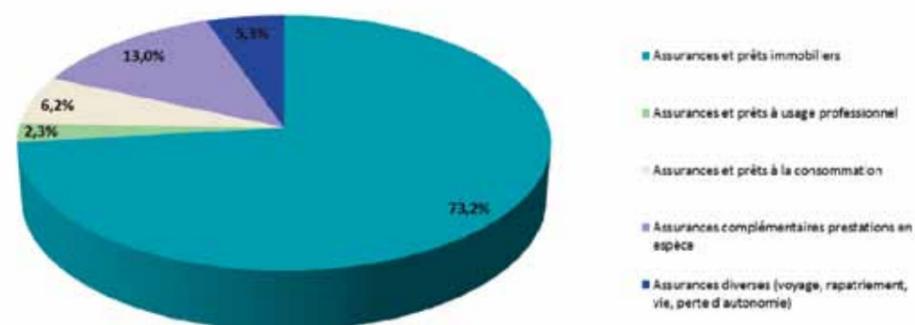
Etre ou avoir été malade, et donc présenter éventuellement une situation médicale appréciée comme à risque par les assureurs, emporte nombre d'interrogations et de conséquences pour les utilisateurs de Santé Info Droits confrontés à de multiples difficultés en lien avec leur « assurabilité ». Dans ce contexte, les sollicitations relatives à la thématique « Accès à l'emprunt et assurances » constitue le troisième champ d'intervention de la ligne - les appels et courriels ayant connu une augmentation de 18% cette année.

Evolution des sollicitations de la thématique « Accès à l'emprunt et assurances » depuis 2007



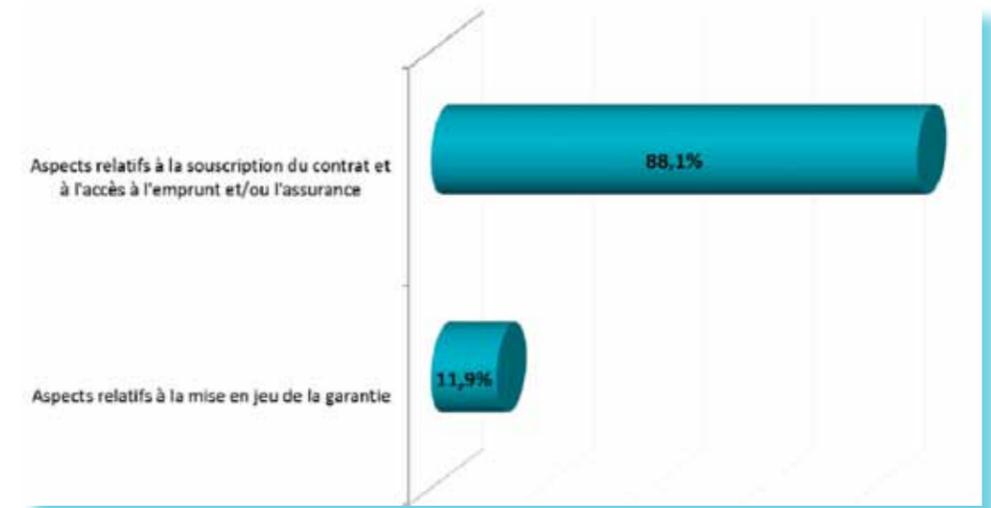
Les questionnements concernent de manière écrasante les assurances couvrant les prêts immobiliers.

Répartition des sollicitations suivant l'objet couvert par l'assurance



Par ailleurs, la plupart des questionnements en la matière se concentrent sur les questions d'accès, preuve que c'est cet aspect de l'entrée dans le dispositif d'assurance de l'emprunt qui reste crucial en termes de difficultés rencontrées par les utilisateurs de Santé Info Droits :

Répartition des sollicitations en fonction de l'objet de la demande



Confrontés à un environnement juridique hostile et dérogoire - puisque le Code pénal autorise les assureurs à discriminer en raison de l'état de santé lorsqu'il s'agit de couvrir des risques relatifs au décès, à l'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou à l'incapacité de travail ou à l'invalidité - les échanges sont teintés de colère et d'incompréhension.

 Je suis révolté car l'assurance refuse de me garantir au seul motif que je suis séropositif. Les résultats biologiques sont pourtant bons. Que puis-je faire ?

 Je suis sur le point d'acheter une maison par l'intermédiaire d'une banque qui m'a proposé l'assurance qui va avec. J'ai déclaré que j'étais pris à 100% depuis l'année passée pour la polyarthrite. Je viens de recevoir une lettre de leur part en me disant qu'ils ne couvraient ni la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ni le risque maladie. C'est de la discrimination ! Je ne suis jamais en arrêt maladie, je pratique le football 3 fois par semaine en club... pour ma part, je ne me sens pas malade. La preuve, je n'ai plus refait mon dossier de prise à 100%. C'est marqué en bas de la lettre que la garantie invalidité AERAS a été étudiée mais n'est pas prise en compte. Je ne sais pas ce que ça veut dire, pouvez-vous m'aider ?

Il serait restrictif d'envisager ces questions d'accès à l'assurance uniquement dans les contextes liés à la souscription d'emprunts.

De réels obstacles pouvant par ailleurs survenir dans d'autres domaines assurantiels :

• • • En matière d'accès à la couverture prévoyance

 J'exerce en profession libérale en tant que traductrice indépendante et suis donc affiliée au Régime Social des Indépendants. Or dans le cadre de cette activité, le RSI ne verse aucune indemnité journalière en cas d'arrêt maladie. De ce fait, je cherche à souscrire une assurance prévoyance pour me couvrir en cas de problème de santé. Cependant, je suis atteinte d'une ALD et toutes les compagnies d'assurance que j'ai contactées à ce jour refusent de m'assurer pour la maladie, quelle qu'elle soit, à cause de mon ALD et n'acceptent de me prendre en charge qu'en cas d'accident. Ce qui fait que si je tombe gravement malade ou si mon ALD s'aggrave et que je dois m'arrêter de travailler temporairement, je n'ai droit à rien ! Je trouve donc ma situation particulièrement précaire et j'aimerais savoir s'il existe des dispositions pour les personnes dans mon cas. J'aimerais au moins trouver une assurance qui me prenne en charge pour la maladie à l'exclusion de l'ALD. Savez-vous si c'est dans l'ordre du possible ?

• • • En matière d'assurance dépendance

 Je suis séropositif mais je vais très bien. Je souhaite souscrire une assurance dépendance. J'ai sollicité un premier assureur qui m'a opposé un refus. Est-ce normal ?

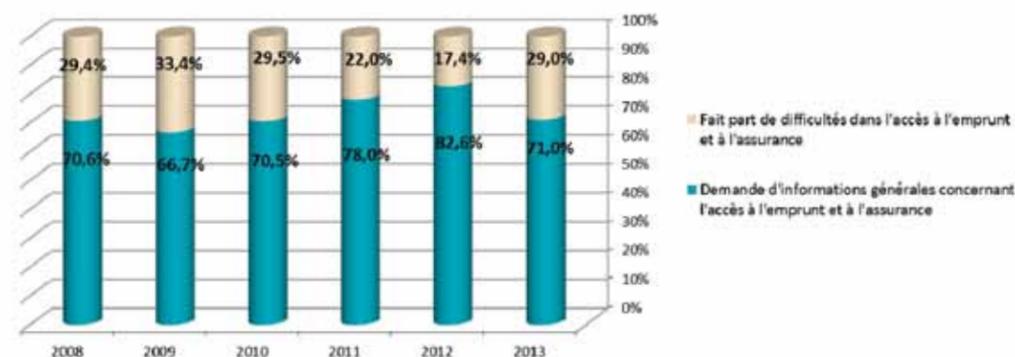
• • • En matière d'assurance voyage rapatriement

 Notre fille de 5 ans est atteinte d'un cancer. Actuellement en traitement, nous envisageons de partir en vacances en famille début mai, avec l'accord des médecins. Nous souhaitons réserver des billets d'avion avec une garantie annulation au cas où son état ne nous permettrait pas de partir au dernier moment, ou nécessiterait un retour prématuré. Y-a-t-il des assurances qui couvrent ce genre de risque, nous n'en n'avons pas trouvé ?

Notre action associative dans le cadre de la convention AERAS - dispositif regroupant représentants de l'Etat, des banques, des assurances et des associations qui est destiné à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes considérées comme en situation de risque de santé aggravé - nous conduit naturellement à porter un regard attentif sur les questionnements des usagers sur ce sujet.

La majorité des sollicitations en la matière (71%) s'exprime en général en amont des projets. Elles concernent le plus souvent des personnes ayant conscience que des difficultés de santé passées ou présentes sont peut-être de nature à perturber leur projet d'emprunt notamment au niveau de l'assurance de celui-ci.

Répartition des sollicitations concernant l'accès à l'emprunt et à l'assurance suivant la nature de la demande



Au-delà de ces recherches d'information réalisées avant même d'avoir obtenu une réponse de la part des assureurs et/ou des banquiers, il convient de remarquer que la proportion des appels démontrant une difficulté dans l'accès à l'emprunt et à l'assurance tend à augmenter, contrairement à la tendance enregistrée ces dernières années qui voyait diminuer ce type de situations.

A l'instar de ce que laissait apparaître les premiers témoignages, ces appels concernent principalement des refus purs et simples de la part des organismes d'assurances, y compris dans les hypothèses où le mécanisme résultant de l'application de la convention AERAS n'a pas permis de trouver de solutions assurancielles.

Le recensement des différentes difficultés s'établit de la manière suivante :

Refus pour raisons médicales	45,1%
Problème concernant l'étendue de la garantie invalidité	20,5%
Taux de surprime considéré comme excessif par l'assuré	11,8%
Refus en raison du caractère partiel de la garantie proposée	8,7%
Défaut de motivation du refus	4,6%
Refus du principe de délégation d'assurance	4,1%
Absence d'information du professionnel	4,1%
Refus de garantie alternative	2,6%
Ajournement	2,1%
Non accès au prêt en raison de la nature des ressources	2,1%
Taux de surprime entraînant un refus de la banque	2,1%
Difficulté de remplissage du questionnaire de santé	2,1%
Délais d'instruction de la demande non respectés par l'assurance	1,5%
Non respect de la confidentialité	1,5%
Délais d'instruction de la demande non respectés par la banque	1,0%
Refus en raison de la non solvabilité	1,0%
Absence de passage au 3 ^{ème} niveau	0,5%
Refus de résiliation du contrat d'assurance	0,5%

Si les témoignages disponibles sur le site internet du CISS (cf. le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2013 au format pdf sur www.leciss.org/sante-info-droits) permettent de rendre compte dans le détail des appels concernant ces différents aspects, nous avons choisi dans ce document de mettre en exergue les questions relatives aux garanties alternatives ainsi qu'à la résiliation des contrats d'assurance.

A. Des difficultés du recours aux garanties alternatives

Dans un contexte où l'application de la convention AERAS ne garantit pas aux candidats une réponse assurantielle favorable, il faut préciser que l'absence d'assurance, une couverture partielle, l'application de surprimes importantes sont des situations susceptibles de mettre en péril l'accès au prêt lui-même, comme le rappellent parfaitement ces témoignages :

 Atteint d'une affection longue durée, je suis en train d'essayer d'acheter avec ma fiancée notre résidence principale. J'ai déposé des dossiers d'assurances avec délégation dont une a abouti. Cependant la couverture incapacité temporaire de travail n'est pas prise en charge. Or notre banquier nous indique qu'elle est indispensable pour l'achat d'une résidence principale. La banque refuse donc le prêt. Que font habituellement les personnes dans ma situation ?

 J'ai le projet d'acquérir un bien immobilier. Je viens de signer un compromis. Ma banque me suit sur l'accord de prêt. La difficulté est au niveau de l'assurance : le contrat groupe de la banque m'accepte au 2^{ème} niveau pour les garanties décès et PTIA, avec surprime. Cependant, le taux de remboursement du prêt et le montant élevé de la surprime font échec à mon projet.

Pour ces raisons, la convention AERAS prévoit que « les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions. Afin d'élargir le recours aux garanties alternatives par les emprunteurs AERAS, les établissements de crédit diffusent largement une fiche d'information sur ces garanties, sous format papier et/ou format électronique ».

Quand ces dispositions sont appliquées, nos interlocuteurs peuvent s'interroger sur des questions d'opportunité face à cette éventuelle option :

 J'ai une hépatite C et j'ai fait une demande de prêt de 50000 euros. J'ai déjà été refusé au troisième niveau de la Convention AERAS mais en fait les bilans que j'avais transmis aux assureurs étaient faussés par une injection d'acide hyaluronique. Un assureur m'acceptait après examen au niveau 2 mais avec exclusion du risque hépatique et avec surprime. Je peux comprendre qu'ils excluent le risque hépatique, mais dans ce cas-là ils devraient m'assurer au prix plancher. Certaines banques contactées acceptent mon dossier sans assurance. Pensez-vous que c'est une bonne idée ?

Plus souvent cependant, c'est plutôt l'absence d'alternative à l'assurance et un manque d'entrain évident de la part des professionnels à mettre en place ce type de garantie visant à pallier l'absence d'assurance que nous pouvons observer. Ceci y compris quand les demandeurs semblent en capacité de pouvoir apporter ces garanties alternatives.

 J'ai obtenu un emprunt immobilier mais l'assureur ne m'assure qu'avec une surprime de 700% ! Avant la demande, j'étais à une estimation de 100 euros par mois et depuis, il me propose 710 euros d'assurance par mois à payer ! Je peux tout à fait proposer une garantie alternative puisque je suis par ailleurs propriétaire d'un bien d'une valeur estimée à 700000 euros mais ma conseillère me dit que je dois souscrire obligatoirement une assurance. Vous me dites de saisir le référent AERAS de ma banque mais c'est ma conseillère ! Si je ne signe pas le contrat d'assurance dans 24 heures, mon projet immobilier tombe à l'eau.

 J'ai proposé à ma banque une garantie alternative mais elle refuse de l'étudier ! L'assurance de ma banque accepte de m'assurer mais à un taux extrêmement excessif ! Comment je peux faire ?

 Je suis atteint d'une maladie congénitale qui affecte mes capacités visuelles et pour laquelle j'ai été hospitalisé et opéré plusieurs fois. Ça coïncide au niveau de l'assurance. Moi je préférerais tout autant ne pas être assuré puisque l'achat concerne non pas la résidence principale mais un investissement locatif. J'ai donc proposé à mon banquier une caution de la valeur du bien ou une hypothèque sur notre résidence principale, ce qu'il refuse, exigeant tout de même une assurance.

Ces témoignages mentionnent directement des refus dans l'examen des garanties individuelles par les banques. Il faut souligner par ailleurs qu'il ressort fréquemment des échanges que nous sommes les premiers interlocuteurs à évoquer cette question des garanties alternatives, y compris avec les personnes s'étant vu refuser un prêt pour défaut d'assurance - ce qui conduit clairement à s'interroger sur l'effectivité de cette mesure prévue dans la convention AERAS.

Plus généralement, la question de la qualité de l'information n'est pas sans conséquence sur les décisions prises par les candidats. D'où l'importance de se pencher sur la question du réexamen des situations en cours de contrat.

B. La question de la résiliation des contrats d'assurance

Défaut d'information, contraintes temporelles inhérentes à un projet immobilier et difficultés de santé rendant l'accès à l'assurance limité forment un cocktail ne permettant pas toujours aux candidats à l'emprunt de pouvoir s'engager dans les meilleures conditions et en toute connaissance de cause.

Dans ce contexte, il peut arriver que les utilisateurs de Santé Info Droits s'interrogent sur leur possibilité de substituer une nouvelle assurance à celle souscrite parfois dans la précipitation :

 J'ai fait une demande d'assurance pour mon crédit, toutes les compagnies m'ont rejeté sauf une dont la surprime est de 600 euros. Je suis pris à la gorge et suis obligé de signer mais je me demande s'il me sera possible par la suite de changer d'assurance ?

 J'ai 60 ans, je suis diabétique depuis 15 ans. Mon diabète est bien équilibré. J'ai par ailleurs été opéré de deux tumeurs cancéreuses considérées comme guéries en 1995. J'ai fait récemment un prêt immobilier de 80 000 euros sur 9 ans. Je devais souscrire le prêt dans les 3 mois et j'ai donc accepté le contrat d'assurance de la banque mais les conditions d'assurance sont particulièrement défavorables (exclusions de garanties). Puis-je envisager de résilier le contrat et d'y substituer un autre ?

 J'ai fait une demande de prêt immobilier et obtenu une proposition d'assurance avec une surprime beaucoup trop élevée du fait d'un cancer que j'ai déclaré avoir eu, ce que je regrette aujourd'hui. Que puis-je faire pour renégocier le montant des primes d'assurance ?

 J'ai un contrat d'assurance prêt immobilier en cours depuis 1 an. Le problème c'est que je me suis rendue compte que, à mon propos, je me suis trompée de date pour une intervention chirurgicale (à un an près) et pour mon mari, je n'ai pas dit qu'il prenait un traitement médicamenteux car je ne le savais pas à l'époque. Bref, je suis embêtée maintenant. Je voudrais bien rectifier la situation. J'ai fait une demande d'assurance auprès d'une nouvelle assurance et j'ai répondu franchement à toutes les questions sans fausse déclaration. Ils me font une proposition similaire à ma première assurance en toute connaissance de cause. Le nouvel assureur a donc essayé de négocier avec la banque qui a refusé que le nouveau contrat remplace l'ancien.

En l'état du droit en 2013, une telle substitution était techniquement possible mais supposait l'accord de l'établissement bancaire qui disposait d'un pouvoir totalement discrétionnaire en la matière. Dans le cadre des débats concernant la récente loi consommation, la possibilité d'une extension du droit à résiliation, s'imposant aux banques dès lors que le niveau de garantie de la nouvelle assurance n'est pas moindre, a été largement défendue par certaines associations de consommateurs, militant pour un droit à résiliation pendant l'intégralité de la durée du contrat.

Cette vision ne pouvait être défendue par le CISS. En effet, si on comprend bien l'intérêt que peut présenter une telle mesure d'un point de vue individuel, collectivement le risque pesant sur les personnes malades nous paraît trop important. Généralisée, une telle option aurait fragilisé l'accès déjà problématique de l'assurance aux personnes présentant des risques de santé à caractère aggravé. En effet, mécaniquement, ce droit de résiliation profiterait en premier lieu aux personnes jeunes et en bonne santé, « aspirées » en direction de contrats moins chers car plus sélectifs... réduisant d'autant la mutualisation des risques entre ceux qui en présentent davantage et ceux qui en présentent moins. Un tel déséquilibre du marché ne serait pas sans entraîner une réaction des différents acteurs, baissant leurs tarifs sans doute avec des contreparties en termes de réductions de garanties, d'applications de surprimes et/ou de sélection. Comme les témoignages précédents le montrent, les circonstances liées à la souscription du contrat peuvent effectivement prêter à discussion. Dans ce contexte, au cours de ces discussions, le CISS privilégiait une logique de droit à rétractation dans un délai limité dans le temps.

Début 2014, dans la loi consommation finalement adoptée, le législateur a fait le choix d'ouvrir un droit de résiliation pendant 12 mois à compter de la date de signature du contrat. Le CISS sera très vigilant sur l'évolution des pratiques et sur les conséquences pouvant en résulter pour les personnes en situation de risques aggravés.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Accès à l'emprunt et assurances » en 2013 :

J'ai été opéré en 2007 d'une tumeur carcinoïde typique. L'opération, une lobectomie inférieure droite, s'est parfaitement déroulée. Depuis, non seulement ceci est presque oublié, mais surtout, je n'ai absolument aucun problème de santé. Tous les bilans de suivi sont parfaits, y compris le dernier très récent et réalisé par le pneumologue m'ayant suivi depuis l'opération. Alors vous me direz, mais pourquoi devrais-je vous contacter ? Et bien, je suis avec mon épouse en phase de recherche d'une assurance pour un emprunt immobilier. Nous sommes contraints par les délais et le risque de perdre les cautions de garanties, dont les montants sont prohibitifs. Surtout, nous craignons de voir s'effondrer totalement ce projet de vie qui représente tant pour nous et pour l'épanouissement de nos deux jeunes enfants. A mon grand désespoir, je reçois des questionnaires médicaux à remplir intitulés «questionnaire CANCER et HEMOPATHIE MALIGNÉ». Dans ces questionnaires, de nombreuses questions portent sur la radiothérapie, la chimiothérapie, les séquelles, le traitement en cours. Or je n'ai suivi absolument aucun de ces traitements, puisque le carcinoïde était typique et qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. Le pneumologue et le chirurgien n'ont jamais cessé de me le répéter d'ailleurs, m'expliquant que nous n'avions aucune raison de nous revoir !...sauf pour une demande d'assurance. Le constat est donc le suivant : je suis contraint de remplir des questionnaires faisant état d'un risque supérieur à la réalité et peut injustement me voir signifier des refus d'assurance, donc de prêt (un premier refus à ce stade). De ce fait, je suis un peu désemparé et tente de prendre tous les conseils et toute l'aide possible.

...

J'ai signé un compromis de vente. J'ai par la suite fait une demande auprès de ma banque d'un prêt immobilier. J'ai reçu un recommandé de ma banque m'indiquant que mon prêt immobilier était accordé avec des réserves. Je recevais dans la foulée un courrier de l'assurance emprunteur. Il s'avère que l'assurance emprunteur émet des réserves

d'assurance liées à mon traitement médical (cholestérol et hypertension) entraînant une acceptation avec réserves de prise en charge de l'assurance (non prise en charge des affections cardio-vasculaires). Cela me gêne beaucoup de ne pas être bien assuré et cela peut m'amener à reconsidérer mon projet. Est-ce que ça peut me permettre d'annuler la vente ou pas s'il n'y avait pas de solution trouvée ? Si oui, ai-je un délai à respecter pour cette annulation de vente ?

...

Je vous ai déjà appelé plusieurs fois mais je suis très angoissée par la situation que je rencontre. Je suis sur le point d'acheter un bien immobilier. J'ai le VIH et du cholestérol dû à mon traitement. Lorsque j'ai été à la banque, le conseiller m'a fait remplir le questionnaire de santé dans son bureau. J'ai eu une absence incompréhensible (que je pense due à la pression de remplir le questionnaire sous les yeux du banquier) et j'ai indiqué le cholestérol mais pas le VIH. Je sais, c'est dingue, mais c'était totalement involontaire. Maintenant je suis très stressée de la suite. J'attends pour demain la réponse de l'assurance. Que va-t-il se passer ? Que va proposer l'assurance ? Est-ce que je peux leur déclarer après coup le VIH ? Et si je ne le déclare pas, quelles conséquences ? Est-ce que je peux trouver une autre assurance ? Une autre banque ? Est-ce qu'en déclarant le VIH, je peux trouver une assurance quand même ? Le plus fou, c'est que j'ai appelé des courtiers qui m'ont dit de ne pas déclarer mes pathologies... Je dois signer l'acte authentique la semaine prochaine, on a déjà fait repousser la date. Si l'assurance me refuse, est-ce que je vais pouvoir faire jouer la clause suspensive ? Parce que le banquier a déjà fait repousser la date de signature en disant à l'agent immobilier que l'assurance était plus longue à cause de mes problèmes de santé...

...

J'ai contracté un prêt immobilier en 2007 et j'ai souscrit l'assurance de ma banque. J'ai développé des troubles bipolaires en mai 2009 pour lesquels je suis régulièrement suivi par un psychiatre. Je suis en invalidité depuis cette date. J'ai voulu mettre en jeu la garantie de mon assurance fin 2011 mais mon assurance m'a opposé une clause d'exclusion de garantie initialement incluse dans mon contrat. Cette clause prévoit que la garantie ne peut être mise en jeu dans le cas d'affections psychiatriques que si l'assuré effectue un séjour dans un établissement psychiatrique d'une durée d'au moins 15 jours. Aucune durée d'arrêt de travail ou d'invalidité n'est prévue. Etant suivi par mon psychiatre, j'ai refusé d'être hospitalisé. De ce fait, l'assurance me refuse la mise en jeu de la garantie. Que puis-je faire?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2013, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

IV. LES REVENUS DE REMPLACEMENT DES TRAVAILLEURS EN CAS DE MALADIE OU D'INVALIDITÉ

A l'intérieur de cette thématique, sont concentrées les différentes sollicitations mettant en évidence des problématiques liées aux revenus de remplacement des travailleurs concernés par la maladie ou l'invalidité. Plus précisément sont abordés ici les questionnements relevant des prestations versées par les régimes d'assurance maladie obligatoire ou celles résultant de l'application des droits statutaires pour les agents de la fonction publique.

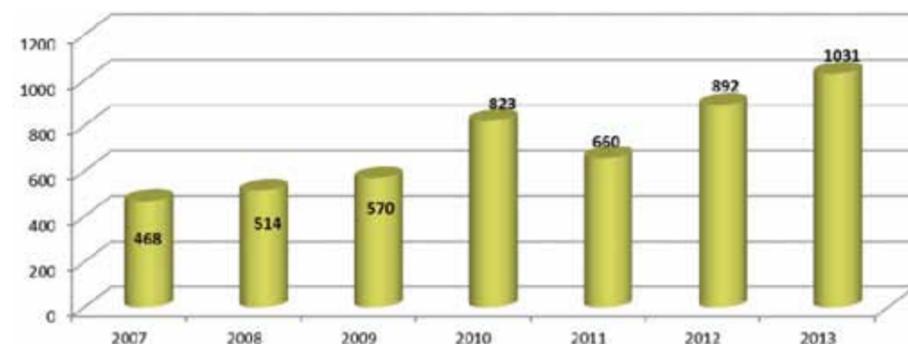
Cette question des revenus peut souvent présenter un caractère vital et anxiogène de nature à favoriser une expression parfois radicale de nos interlocuteurs :



J'ai une sclérose en plaques depuis avril dernier, j'ai dû réduire mon temps de travail. Cela devenait une nécessité. Désormais, je travaille donc à 70% tout en ayant une pension d'invalidité 1ère catégorie mise en place par le médecin de Sécurité sociale. Cependant, j'ai un gros problème, lors de mon rendez-vous avec le médecin de la Sécurité sociale, celui-ci m'explique qu'avec le passage en invalidité, je ne pourrai plus avoir d'indemnités journalières si je suis de nouveau arrêtée en raison de ma sclérose en plaques. Le pire, c'est que c'est la loi et qu'il a raison, j'ai trouvé le texte de loi : «affections de longue durée : pendant une période de 3 ans calculée de date à date. Un nouveau délai de 3 ans ne peut courir que si l'assuré a repris son travail pendant au moins un an sans interruption». Ceci veut dire pour mon cas que je ne dois faire aucune poussée de SEP avant fin Mars 2014 sinon je ne serai pas payée, mon employeur ne recevant pas d'indemnités journalières. C'est juste énorme quand on voit les campagnes de pub pour que les personnes à mobilité réduite retrouvent du travail et quand on a la chance d'en avoir un, on nous plante des banderilles dans le dos en nous expliquant que «tu peux tomber malade mais surtout pas de ta maladie chronique s'te plait et ceci pendant un an mais après tu peux !!!!» Je comprends juste là-dedans qu'on préfère nous passer en incapacité 2 et 3, qu'on ne travaille pas alors qu'on a encore la capacité même en fauteuil roulant pour s'assumer et garder la tête haute.

En augmentation d'environ 15%, le nombre de sollicitations sur le sujet croît particulièrement depuis 2011 :

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



Pour autant, ainsi circonscrites, les statistiques relatives à cette catégorie ne peuvent traduire qu'imparfaitement l'intégralité des enjeux en termes de revenus pour les personnes confrontées à la maladie, à l'invalidité ou au handicap et subissant de ce fait un empêchement total ou partiel, temporaire ou provisoire, à se procurer un revenu par le travail. C'est ainsi que les aspects relevant des dispositions de maintien de salaire assurés par les employeurs sont intégrés dans la partie « Santé et Travail » de ce présent rapport et ceux qui résultent de mécanismes assurantiels, dans le cadre par exemple de contrats de groupe obligatoire, sont abordés dans la partie « Accès à l'emprunt et assurances ».

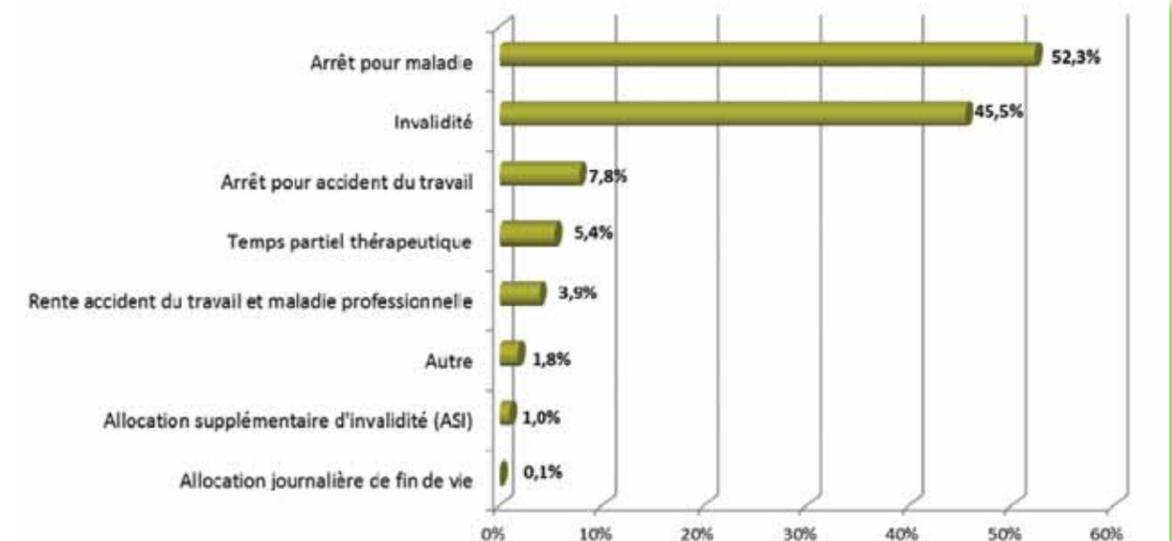
Naturellement, les interrogations de nos interlocuteurs s'expriment en réalité de manière moins cloisonnée, et, à l'image du témoignage suivant, nous conduisent à aborder ces différents aspects de manière plus transversale :



Je suis enceinte de 4 mois et demi et arrêtée depuis peu. Je travaille 47 heures par mois et donc la Sécurité sociale me dit que je n'ai pas droit aux indemnités journalières. Mon employeur doit me compléter mon salaire, mais on vient de me dire que ce n'est pas possible. Pareil pour la prévoyance. Et vais-je être indemnisée pendant mon congé maternité ?

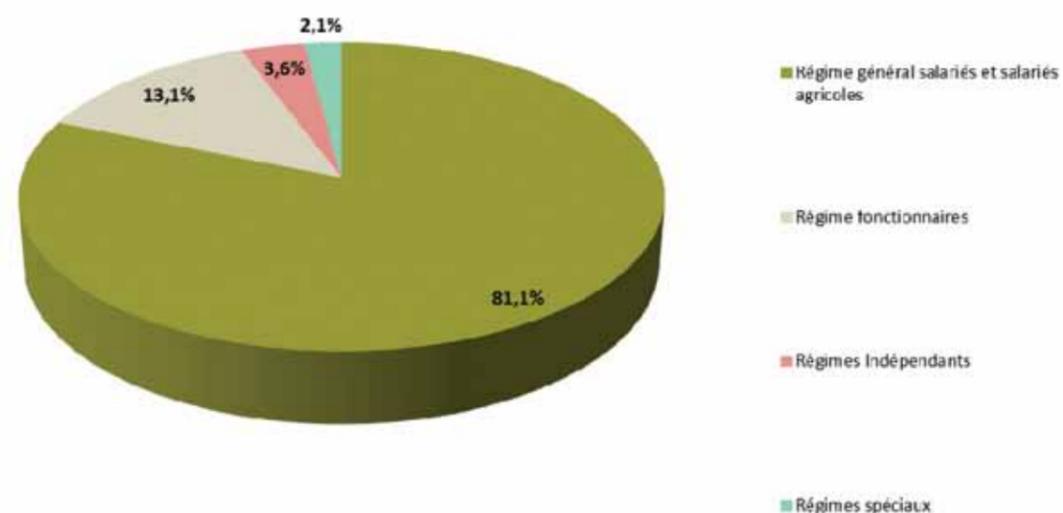
En classant les sollicitations par prestations, celles-ci se répartissent de manière relativement équivalente entre indemnisation de l'invalidité et de la maladie.

Répartition des sollicitations par sous-thématique

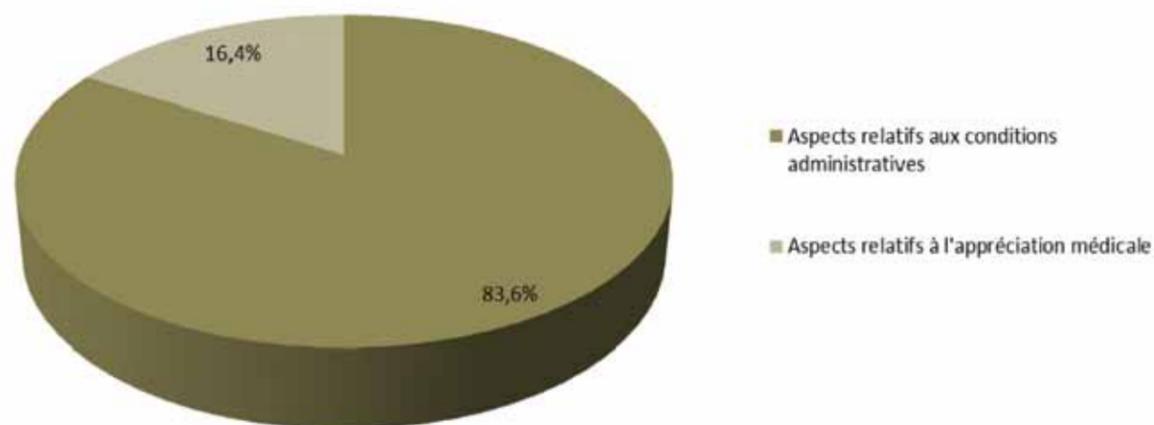


Invalidité	+27,5%
Arrêt pour accident du travail	+23%
Rente accident du travail et maladie professionnelle	+11,1%
Arrêt ou congé maladie	+5,30%
Temps partiel thérapeutique	-31,2%
Autre	-32,5%

Les règles applicables en la matière diffèrent selon le régime de protection correspondant. Une très grande majorité des sollicitations concernent les assurés sociaux dépendant du régime général.



Quand nous sommes sollicités, ce sont essentiellement les conditions administratives d'attribution ou de versement des prestations qui sont abordées prioritairement.



Problèmes d'articulation entre les différents régimes de Sécurité sociale, difficultés d'application des règles de maintien de droits, non prise en compte des spécificités des travailleurs à activité discontinue, non indemnisation des salariés à temps très partiel, pouvoir discrétionnaire des caisses en matière de durée d'indemnisation de temps partiel thérapeutique sont autant de points déjà évoqués lors de nos rapports précédents et qui restent d'actualité. Face à ces constats récurrents, le CISS tente régulièrement de faire évoluer les textes - parfois avec succès.

 Je suis très angoissée: Je suis en arrêt maladie depuis moins de 3 mois et mes médecins m'ont dit qu'il allait falloir que je sois prolongée. J'ai lu sur Internet des choses sur les conditions pour avoir des indemnités journalières au-delà de 6 mois qui m'inquiètent. J'ai bien travaillé les 800 heures qui sont demandées mais j'ai repris le travail depuis moins d'un an et vu les règles comme je les comprends, cela risque de ne pas passer. Ça me stresse car si je n'ai pas d'indemnités, je n'aurai aucun revenu, je ne pourrai même pas m'inscrire au Pôle Emploi car je ne pourrai pas travailler car je dois encore me faire opérer...

Ainsi, ce témoignage qui évoque avec justesse la réglementation applicable en 2013, trouvera désormais, suite aux modifications résultant de la loi de financement pour la Sécurité sociale pour l'année 2014, une réponse différente dans un sens plus favorable pour les assurés. Les conditions d'attribution des indemnités journalières (IJ) au-delà de 6 mois et des pensions d'invalidité ont en effet fait l'objet d'assouplissements bienvenus.

De nombreux appels sont venus en revanche nous alerter sur une nouvelle pratique des caisses particulièrement inquiétantes :

 Je suis en affection de longue durée et je suis arrivée en fin de droits alors que je n'ai eu que 96 jours d'arrêt maladie pendant les 3 dernières années - et je peux vous dire que je suis parfois allée au travail au-delà du raisonnable vu mon état de santé. Ce n'est pas normal ! J'ai contesté ! On m'a dit que les règles avaient changé. Qu'est-ce que c'est que cette histoire ?!

Pour bien comprendre la portée de ce témoignage, un certain nombre de précisions s'imposent concernant les règles de décompte des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale :

- Les assurés sociaux concernés par des arrêts maladie qui ne sont pas en lien avec une affection de longue durée (ALD) ont droit à 360 jours d'indemnisation sur une période glissante de 3 ans. Ainsi, pour un assuré social en arrêt maladie le 1^{er} février 2013, la caisse indemniserait cet arrêt à la condition que l'assuré n'ait pas été indemnisé plus de 359 jours entre le 1^{er} février 2010 et le 1^{er} février 2013 pour des arrêts maladie sans lien avec une ALD.
- Les assurés sociaux concernés par des arrêts maladie en lien avec une affection de longue durée ont droit quant à eux à 3 années d'indemnisation de date à date en prenant comme point de départ le premier arrêt en lien avec l'ALD. Ainsi, un assuré social ayant un premier arrêt de travail le 1^{er} février 2010 aura droit (sous réserve de remplir les conditions médicales) à des indemnités journalières en lien avec l'ALD en cause jusqu'au 1^{er} février 2013. Le fait d'être en arrêt maladie ou non à l'intérieur de cette période ne modifie pas les droits en la matière. Si l'assuré social reprend son activité sans interruption pendant 1 an, il se crée une nouvelle période de droits de 3 ans.

L'esprit des textes est de prévoir globalement un mécanisme plus favorable pour les assurés sociaux en ALD. Cependant, suivant la répartition des arrêts maladie des personnes concernées, celles-ci peuvent se trouver fortement pénalisées. Ainsi, par exemple une personne en ALD connaissant une période d'arrêt d'une semaine chaque année pourrait ne plus avoir de droits ouverts aux IJ en lien avec une affection longue durée.

Pour combattre l'aspect potentiellement inéquitable de l'application de ces textes, une circulaire ministérielle appliquée depuis 1958 précisait que la règle des 360 indemnités journalières (pour les

arrêts non liés à une ALD) devait être étendue aux assurés atteints d'une ALD qui n'avaient pas perçu 360 IJ toutes affections confondues au cours de la période de trois ans ouverte au titre de l'ALD.

Considérant que cette circulaire ne figure pas sur le site du Premier ministre, des caisses n'appliquent plus cette disposition.

Il apparaît que la non-application de ces anciennes dispositions est de nature à conduire à un traitement particulièrement aberrant et inéquitable de certaines situations. Cela n'est pas acceptable et conduira le CISS en 2014 à faire des propositions en termes d'aménagements législatifs pour revenir à la situation telle qu'elle préexistait jusqu'alors.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Les revenus de remplacement des travailleurs en cas de maladie ou d'invalidité » en 2013 :

Mon mari était indépendant et a cotisé au Régime social des indépendants pendant 4 ans. Il a débuté un emploi en CDI et est tombé malade au bout de trois mois. Au début, il était pris en charge en tant que maladie professionnelle. Ensuite, le médecin conseil a dit que son arrêt n'était pas en lien avec une maladie professionnelle et que son arrêt sera pris en charge dans le cadre des maladies ordinaires. Résultat des courses, il n'est plus payé car la Sécurité sociale dit qu'il n'a pas assez cotisé. Ils me renvoient vers le RSI, mais le RSI me dit que c'est l'autre caisse qui doit payer.

...

Je suis frontalier, démissionnaire d'un CDI en France puis embauché en Suisse. Je suis tombé malade pendant ma période d'essai et j'ai été licencié. Est-ce que je peux prétendre à des prestations de la part de la Sécurité sociale française pour mon arrêt maladie ?

...

Le médecin conseil de la Sécurité sociale m'a proposé une mise en invalidité, mais comme je n'ai que 34 ans, mon médecin traitant pense que ce n'est pas une bonne idée d'être en invalidité. Par contre bientôt je n'aurai plus droit aux indemnités en cas d'arrêt maladie. Comment faire comprendre au médecin que je pourrai quand même travailler avec une pension d'invalidité ?

...

Je suis à mi-temps thérapeutique depuis plus de six mois. Suite à mon déménagement, je suis désormais rattaché à la Caisse d'Ile-et-Vilaine qui, semble-t-il, n'accepte pas de principe les mi-temps thérapeutique au-delà de six mois. Est-ce légal ? Que puis-je faire ?

...

Est-ce normal que 5 ans après mon AVC, on ne m'ait jamais proposé le supplément de pension d'invalidité. J'ai une pension d'invalidité ridicule. Je viens d'apprendre que, dans mon cas, il est possible d'avoir un supplément. Pourquoi la Sécurité sociale et les différents assistants sociaux que j'ai pu voir ne m'en ont jamais parlé ?!

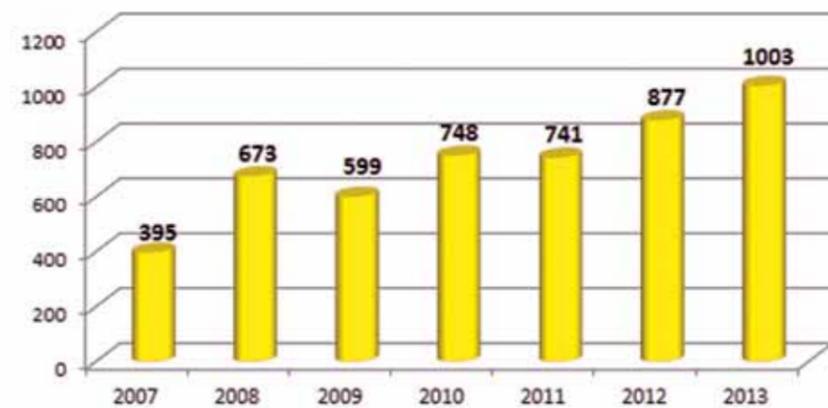
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS, dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2013 de Santé Info Droits, disponible au format Pdf sur le site Internet du CISS :

www.leciss.org/sante-info-droits

V. SANTÉ ET DROIT DU TRAVAIL

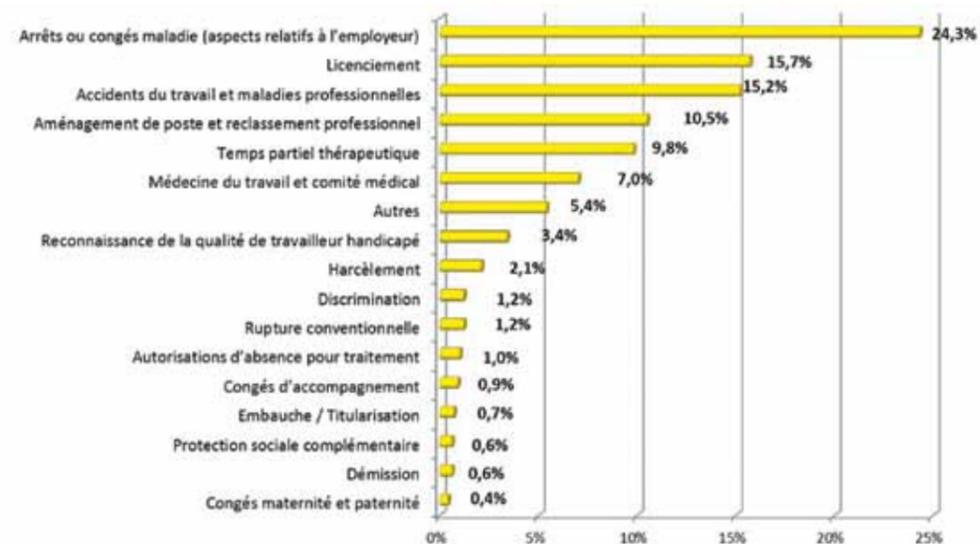
Dépassant pour la première fois le seuil de 1 000 sollicitations, les questions mettant en jeu des aspects relatifs au droit du travail ont représenté plus de 12% du total des appels et courriels reçus.

Evolution du nombre de sollicitations de la thématique « Santé et droit du travail »



Conséquences des arrêts maladie sur le contrat de travail, licenciement en raisons d'absences, procédures d'inaptitude, aménagement des postes de travail, reclassement, discrimination sont autant de sujets abordés lors de ces échanges.

Répartition des sollicitations par sous-thématique

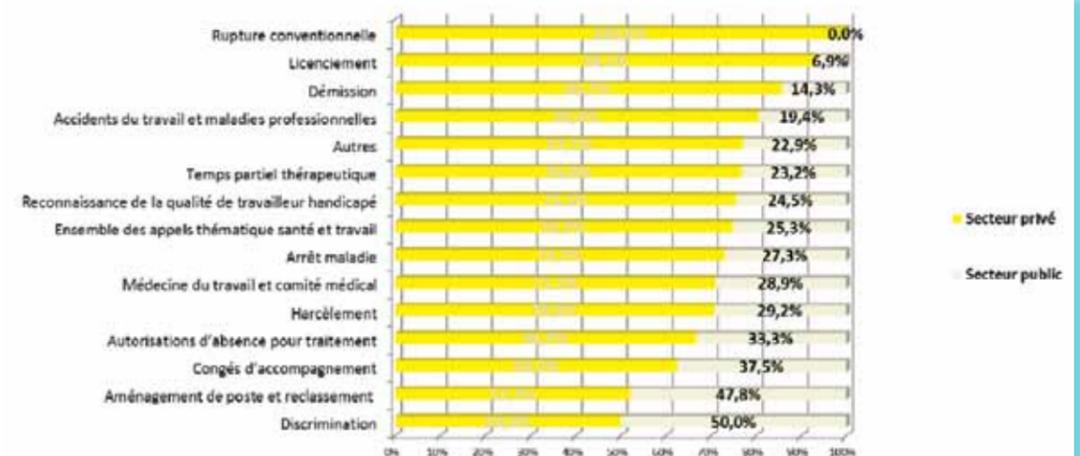


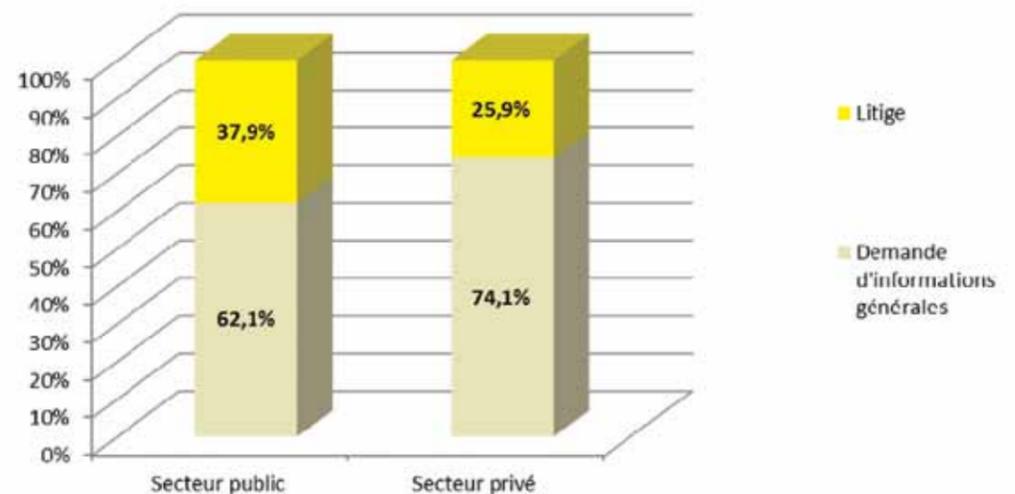
Indépendamment des demandes d'information concernant les droits des salariés ou des agents de la fonction publique, les échanges font souvent émerger des considérations liées à l'effectivité de l'exercice de ces droits et les questions d'opportunité - le contexte économique apparaissant par ailleurs en filigrane.

Je suis professionnel navigant, salarié d'une compagnie aérienne. Traversant une zone de turbulence en vol, je me suis blessé et ai été victime d'une torsion du dos. Mon médecin traitant me conseille la reprise en temps partiel thérapeutique, cependant en considération de mon âge et de l'organisation du travail en flux tendus dans ma compagnie aérienne (heures mensuelles maximum de vol souvent dépassées, fatigue consécutive), je crains que ce type de demande soit préjudiciable pour la pérennité de mon contrat de travail. Qu'en pensez-vous ?

Je suis atteint de la maladie de Crohn et d'un état dépressif depuis plusieurs années qui ont malheureusement entraîné des arrêts de travail répétitifs. Le médecin conseil m'a annoncé que je serai bientôt en invalidité 1^{ère} catégorie, que je pouvais reprendre le travail à temps partiel. J'ai repris le travail et j'ai eu une visite de reprise avec le médecin du travail le jour même, qui n'a pas voulu parler de réduction d'horaires tant que je n'avais pas de papier de la Sécurité sociale. J'ai dans la foulée reçu mon titre de pension et j'en ai aussitôt informé mon employeur. Ne devrais-je pas revoir le médecin du travail, et est-ce à moi ou à l'employeur de prévoir un rendez-vous : je suis plutôt inquiet de comment cela va se dérouler, car le médecin du travail n'a pas été très compréhensif lors de mon dernier rendez-vous. La responsable du personnel non plus : elle a fait des sous-entendus de licenciement, du genre «vous savez, vous êtes en CDI, le travail ne court pas les rues en ce moment ». Quels recours ai-je si le médecin du travail et mon employeur refusent d'adapter mon temps de travail ?

En termes de répartition par secteur d'activité, 3/4 des sollicitations environ concernent le secteur privé. Cette répartition par secteur diffère substantiellement selon les thématiques d'appels, les sollicitations provenant d'agents du secteur public étant plus nombreuses quand il s'agit d'évoquer des difficultés en matière de discrimination, de reclassement professionnel ou d'aménagements de poste. Les sollicitations du secteur public ont également la particularité de s'exprimer dans un contexte plus souvent conflictuel que dans le secteur privé.





Parmi toutes les questions pouvant survenir en matière de travail, la récurrence des questionnements en matière de conséquence d'un passage en invalidité sur le contrat de travail mérite une attention particulière. Une certaine confusion nous semble régner en effet en la matière – confusion largement entretenue par les différents acteurs que rencontrent les assurés dans le cadre de leur parcours.

Ma femme vient d'être classée en invalidité 2ème catégorie. Elle ne compte pas reprendre le travail tout de suite car cela serait prématuré selon son médecin. Est-elle obligée de reprendre le travail ou peut-elle continuer d'envoyer des arrêts de travail ?

Comme ce témoignage l'illustre, un passage en invalidité succède dans la plupart des hypothèses à une période d'arrêt maladie indemnisée par la Sécurité sociale. La fin de cette indemnisation de l'arrêt de travail peut être la conséquence d'un épuisement des droits administratifs ou provenir d'une décision de consolidation du médecin conseil de la Sécurité sociale. Si les salariés savent généralement quelles démarches entreprendre en cas d'arrêt de travail, la modification de leur situation administrative peut engendrer un certain trouble.

Pourtant, les enjeux sont tels que l'accès à l'information peut s'avérer déterminant :

Après un an et demi d'arrêt maladie suite à une affection de longue durée, le médecin conseil m'a déclaré en invalidité catégorie 2. Je souhaiterais connaître les démarches à suivre auprès de mon employeur pour ne pas avoir à subir un licenciement afin de conserver mon poste et de le réintégrer dès que ma santé le permettra.

Notre interlocuteur le pressent parfaitement, un retour au travail immédiat aurait pour conséquence possible de précipiter un licenciement pour inaptitude. La question est alors de savoir comment préserver son emploi en attendant une amélioration de l'état de santé rendant ainsi possible l'émission d'un avis d'aptitude à la reprise par la médecine du travail.

Techniquement, la production d'un arrêt de travail est de nature à permettre d'atteindre cet objectif.

Qu'un arrêt de travail ne soit plus indemnisé par la Sécurité sociale du fait d'un passage en invalidité n'altère en rien pour le médecin traitant sa possibilité de considérer que l'état de santé de son patient reste incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Mon mari est passé pour une invalidité. La Sécurité sociale lui a dit que ce n'était plus la peine d'envoyer des arrêts de travail, sa psychologue pareil. Mais l'employeur en demande encore. Qui a raison ?

Ainsi, sans intérêt pour la Sécurité sociale puisqu'elle n'indemnise plus l'arrêt de travail, le certificat d'arrêt de travail permet au salarié de continuer à justifier de son absence auprès de son employeur. Incidemment, il évite une visite de reprise auprès de la médecine du travail susceptible de déboucher sur un avis d'inaptitude.

Les échanges provenant de Santé Info Droits montrent pourtant régulièrement que ces différentes notions ne sont pas forcément bien intégrées, ce qui n'est pas sans conséquences tant en termes de licenciement pour inaptitude que d'insécurité juridique :

Mon père vient de passer en invalidité mais il veut continuer à envoyer des arrêts maladie pour ne pas être licencié. Il a demandé à son médecin un arrêt de travail qui refuse en lui disant qu'en invalidité, il ne peut pas avoir d'arrêt. Je veux savoir si c'est vrai parce que si oui, on va tout droit vers l'inaptitude !

Ma femme était en arrêt maladie depuis 3 ans. Elle est passée en invalidité il y a 3 mois et depuis elle n'envoie plus d'arrêt de travail à son employeur. Le médecin nous a dit que ce n'était pas utile dans la mesure où elle est en invalidité. Son employeur nous a laissé un message il y a quelques jours en nous demandant pourquoi il n'avait pas de ses nouvelles et qu'il allait la licencier pour absence injustifiée.

A la décharge des émetteurs de ces informations à notre sens erronées, une jurisprudence récente, et surtout les commentaires qui en ont résulté, sont venus semer le trouble sur le sujet en faisant totalement abstraction de la possibilité pour un salarié de fournir à son employeur un arrêt maladie quand bien même celui-ci n'est plus indemnisé par la Sécurité sociale. Dans ce contexte, il nous paraîtrait nécessaire, comme cela avait été fait en 1994, qu'une circulaire puisse venir clarifier et distinguer très clairement les différentes notions que sont l'arrêt de travail, l'invalidité, l'inaptitude et leurs conséquences sur le contrat de travail. Un texte de cette nature aurait en effet pour intérêt de contrecarrer la diffusion d'informations approximatives pouvant emporter des conséquences particulièrement préjudiciables en termes de désinsertion professionnelle des personnes malades ou invalides.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Santé et droit du travail » en 2013 :

Je suis en arrêt maladie depuis le 6 décembre dernier. La Sécurité sociale vient de me confirmer que je vais bénéficier d'indemnités journalières couvrant 50% de mon salaire. Je me demande si j'aurai le droit à un complément de salaire par mon employeur, car j'ai moins d'une année d'ancienneté.

...

J'ai été hospitalisé en urgence. J'ai ensuite présenté mon bulletin d'hospitalisation à mon employeur qui m'a dit qu'il ne s'agissait pas d'un arrêt de travail valable. Que puis-je faire ?

...

Je me permets de prendre contact avec vous dans le but d'avoir un éclaircissement sur un problème d'arrêt de travail. Mon médecin traitant a considéré que mon état de santé ne me permettait pas de reprendre le travail car je suis technicien de maintenance. Mon employeur a mandaté un médecin pour contrôler le bien-fondé de mon arrêt. Le médecin qui est venu établit le constat que je pouvais reprendre une activité professionnelle mais que je ne pouvais pas reprendre de suite le poste que j'occupe. Sans avoir regardé mon dossier médical, sans avoir visé mon ordonnance d'antalgiques, et surtout sans avoir réalisé

de diagnostic clinique, il s'est permis de porter cette annotation. Le plus choquant c'est qu'il a été presque menaçant en me disant qu'un arrêt trop long pourrait entraîner « une éjection ». Il m'a aussi dit que je devais prendre contact avec le médecin du travail pour voir les modalités d'une reprise. Ma question est la suivante : dois-je prendre contact avec le médecin du travail ou dois-je laisser cette initiative à mon employeur? Quelle est la valeur du diagnostic du médecin mandaté par mon employeur?

...

Mon mari s'absente pour son travail et j'ai des horaires de travail à temps partiel en soirée car je travaille au cinéma. Mes enfants de 10 et 13 ans ont chacun un Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé. Et ils se retrouvent seuls le soir quand je travaille et quand leur père est absent. Est-ce que je peux demander à mon employeur d'aménager mes horaires?

...

Je travaille en cuisine dans une école. Je dois soulever énormément de poids et je n'y arrive plus. Dernièrement, j'ai glissé en portant de lourdes charges. J'ai été arrêtée en accident du travail un mois et demi. S'en est suivi mon entretien annuel au cours duquel j'en ai profité pour poser la question de perspectives éventuelles de reclassement. Il m'a été répondu que la perspective en cas d'inaptitude était plutôt le licenciement. Je formule une demande de RQTH, je cherche des renseignements.

...

Je vous appelle car je suis dans la fonction publique recruté en tant que personne handicapée. Ma maladie - narcolepsie - s'est aggravée et j'ai demandé un aménagement de poste que je n'arrive pas à obtenir. Je souhaite être soutenue dans mes démarches pour faire comprendre à mon employeur que je ne demande pas un passe-droit mais un aménagement qui me permettra de travailler efficacement. Ils ont déjà mis en invalidité ou en préretraite des personnes dans mon cas, je veux à tout prix éviter cela car je suis tout à fait en mesure de travailler.

...

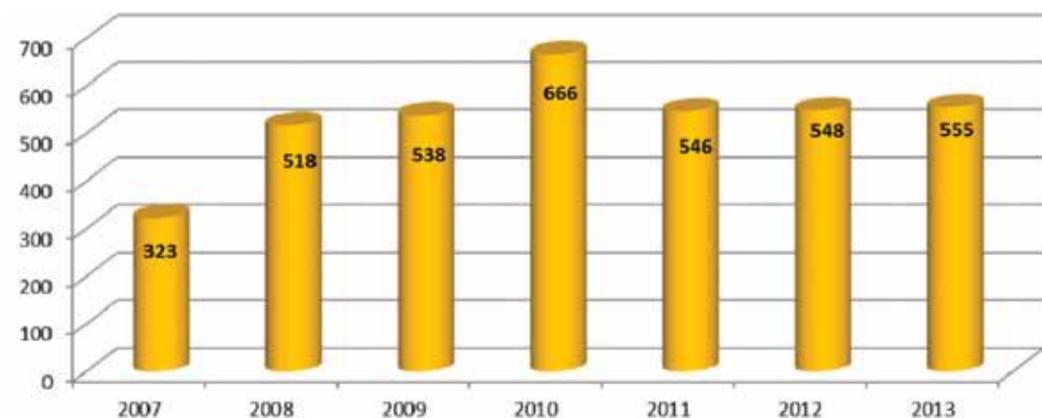
Je suis esthéticienne. Je suis en mi-temps thérapeutique depuis 6 mois. Mon mi-temps thérapeutique a été renouvelé et a été accepté par la Sécurité sociale. Mon employeur m'a indiqué ces derniers jours qu'elle n'acceptait pas ce renouvellement au motif que mon absence désorganisait l'entreprise. Je comprends qu'elle veut se débarrasser de moi, elle m'a suggéré de penser à ma reconversion. Par ailleurs, le médecin du travail a confirmé mon incapacité de travailler au-delà d'un mi-temps. Je voudrais savoir si mon employeur a effectivement le droit de refuser ?

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité de Santé Info Droits en 2013, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

VI. SITUATIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE

Sixième « grande thématique » des appels et courriels reçus sur Santé Info Droits, l'évolution des questionnements en matière de handicap et de perte d'autonomie se caractérise par une certaine stagnation.

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



Au sein de cette thématique, sont regroupées les problématiques rencontrées par les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge. Le témoignage ci-dessous en constitue une belle illustration :

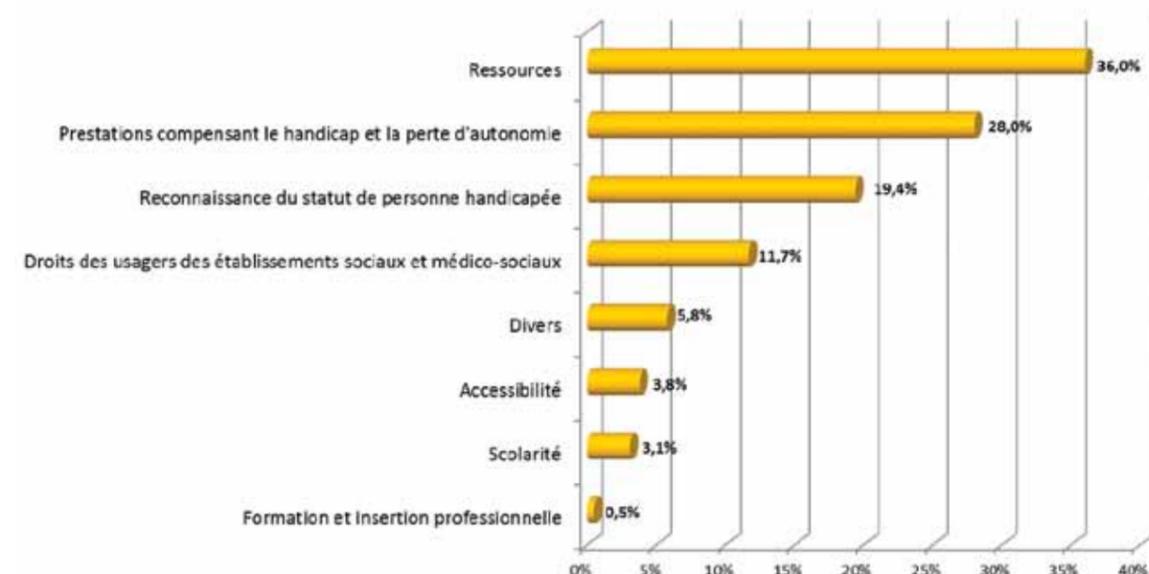
 Je suis médiateur et bénévole dans une association d'aide à l'autonomie. Notre rôle c'est de permettre de mieux défendre les personnes en situation de handicap face aux difficultés de moral, et tous les besoins en matériel au sens général. Je vous présente la situation difficile d'une famille, qu'à ce jour nous n'avons pas pu résoudre.

Le tableau général : C'est un homme d'une quarantaine d'années, il est papa de deux enfants de 8 ans il vit en concubinage. Sa femme travaille dans le milieu médical où elle exerce un mi-temps compte-tenu de l'aide, pour certains gestes de la vie courante, qu'elle doit apporter à son compagnon en situation de handicap lourd. Monsieur X est atteint depuis la naissance, d'une maladie génétique qui empêche une reprise de travail de façon définitive. En outre, il est reconnu par la MDPH comme travailleur handicapé, et comme handicapé à plus de 80 %. Monsieur X a travaillé comme salarié au SMIC au moins 5 ans. Il est en ALD. Le tableau des ressources : Madame X ne touche que 900€ mensuel. Aujourd'hui Monsieur X touche environ 600€ d'AAH et 400€ ACTP (allocation compensatrice tierce personne), considérée par le couple comme un revenu compte tenu de la maigreur de leur budget... Quelles sont les conséquences ? Pour compenser la perte de leur revenu et sous réserve que je ne me sois pas trompé Monsieur X ne peut prétendre ni à la retraite (- 60ans),

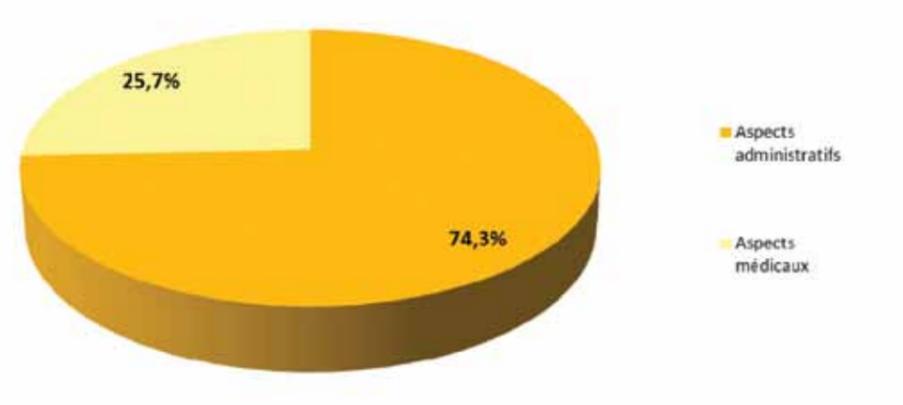
ni à la pension d'invalidité (car il n'a pas travaillé les 12 derniers mois). Le fait de toucher l'ACTP interdit toute demande de PCH (prestation de compensation du handicap). Donc Monsieur X aggrave tous les jours son handicap car il ne peut changer fauteuil, coussin, etc. De même il ne peut avoir un véhicule décent pour amener ses enfants en toute sécurité à l'école, ce qui oblige Madame X à encore trouver des solutions pour la sécurité de ses chérubins. Que peut-on faire pour ce couple ? Des solutions existent-elles ? A noter que je me permets de vous contacter compte tenu de l'impossibilité de contacter les services de la Sécurité Sociale qui ne tiennent aucun compte de notre obligation de discrétion.

Les personnes concernées ou leurs proches interrogent notre service sur leurs ressources telles que l'allocation adulte handicap, sur les prestations susceptibles de compenser leur handicap et ainsi de mieux vivre au quotidien, sur les modalités de reconnaissance de celui-ci, utiles aussi bien dans leur vie professionnelle que dans leur vie personnelle, sur l'exercice de leurs droits lorsqu'elles résident au sein d'établissements spécialisés, etc.

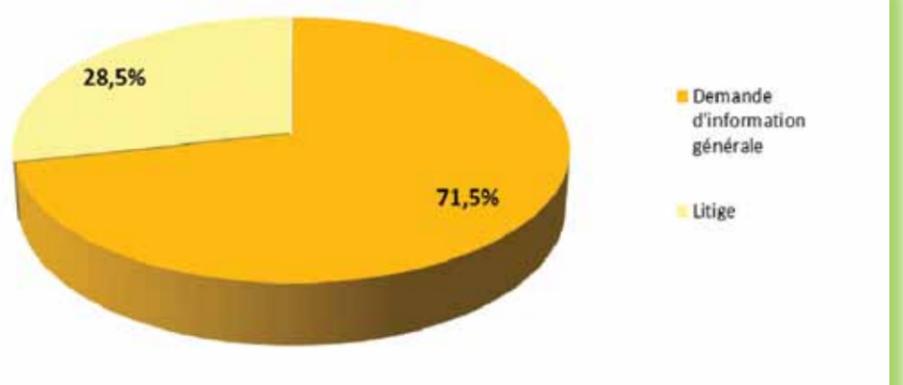
Répartition des sollicitations de la thématique « Situation de handicap et de perte d'autonomie »



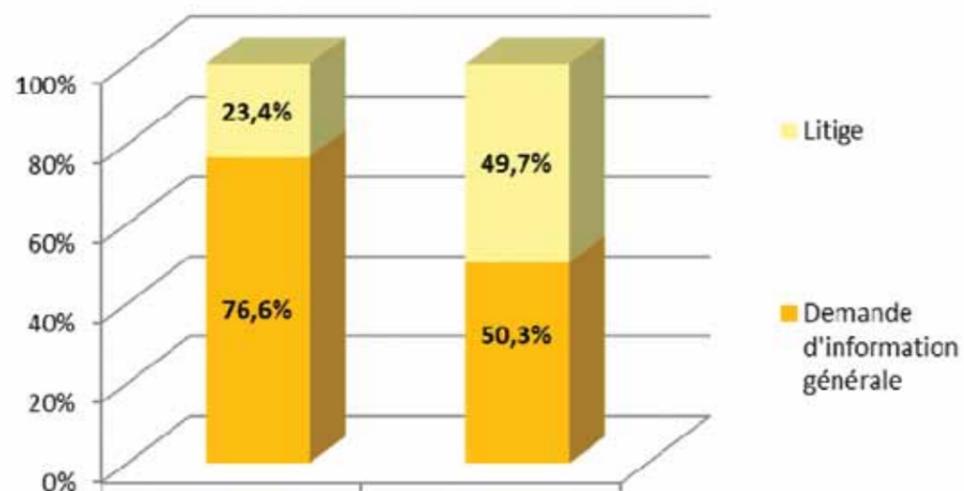
A l'instar de ce qu'on peut constater pour d'autres prestations sociales, les questionnements ayant trait aux prestations liées au handicap portent plus sur des aspects administratifs que sur les critères médicaux liés à l'attribution de telle ou telle prestation.



Les relations avec les organismes susceptibles d'attribuer les aides et/ou les droits ne sont pas toujours aisées et dans ce contexte les situations décrites s'inscrivent souvent dans un cadre conflictuel.



C'est d'autant plus vrai quand les sollicitations concernent l'appréciation médicale du handicap du demandeur.



Cette année, nous souhaitons plus particulièrement mettre l'accent sur les témoignages concernant les prestations à destination des parents d'un enfant en situation de handicap.

Délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vise à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap par la personne qui assume la charge. C'est un dispositif qui se décline en une allocation de base et des compléments.

L'AEEH est attribuée, sans conditions de ressources, pour une durée minimale de 1 an quand l'enfant de moins de 20 ans présente un taux d'incapacité d'au moins 80 % (ou d'au moins 50 % s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté ou si son état exige le recours à des soins).

Mon fils âgé de 10 ans est atteint de 2 maladies rares et nous bénéficions de l'AEEH. Nous obtenions toujours cette aide pour 1 an, nous l'avons même obtenu pour 2 ans, une fois (de 2010 à 2012). Depuis le mois d'août 2012, nous n'avons plus l'AEEH que pour 6 mois (août 2012 à février 2013, puis mars 2013 à août 2013). Partout, je peux lire que la durée minimale est de 1 an. Je précise que nous avons le 6ème complément, l'état de notre enfant ne va pas changer en 6 mois. En plus des soucis de santé, soucis scolaires etc., je trouve cela très pénible de devoir refaire un dossier à la MDPH tous les 6 mois. Est-ce normal donc ce délai de 6 mois?

En plus de l'allocation de base, des compléments peuvent donc être attribués, ceux-ci dépendent des conséquences du handicap de l'enfant sur l'activité professionnelle des parents, sur la nécessité de l'emploi d'une tierce personne et/ou sur les dépenses engagées.

A quelle aide peut prétendre une maman qui a dû arrêter de travailler pour s'occuper de son enfant malade ? L'enfant a 2 ans.
Une dame a mis au monde un enfant sans bras ni jambes, ce handicap n'ayant pas été diagnostiqué pendant sa grossesse. Ce handicap entraîne d'importants frais qu'elle n'arrive pas à assumer. Que peut-elle faire?

Au même titre que la prestation de compensation du handicap (par ailleurs ouverte également aux enfants en situation de handicap), les compléments de cette allocation dépendent des besoins de l'enfant : est-ce que ses parents ont été obligés de réduire leur activité professionnelle pour s'occuper de lui ? Est-ce qu'ils doivent embaucher une personne quotidiennement dans ce même but ? Est-ce que le handicap de cet enfant nécessite l'achat de matériel spécifique et onéreux ?

J'ai 2 filles de 14 et 15 ans atteintes d'une maladie orpheline qui nécessite un régime alimentaire restreint et spécifique, coûteux pour moi qui les élève seule. Depuis plusieurs années, je percevais l'AEEH et un complément. Depuis 1 an, à l'occasion d'un renouvellement, on m'a tout d'abord refusé l'allocation, puis accordé simplement l'allocation sans ses compléments au motif que les coûts supportés ne peuvent être pris en compte. Ce n'est pas suffisant pour moi et je souhaite contester.

Sur un tout autre sujet et en conclusion de nos développements sur les situations de handicap et de perte d'autonomie, il nous a semblé utile de mettre en lumière un dernier témoignage, celui d'un proche de personne âgée dépendante, tellement il est évocateur des problématiques et dysfonctionnements rencontrés dans ce domaine.

Venant de voir un reportage télévisé aux informations concernant les travaux d'aménagement effectués au sein des hôpitaux, je suis très étonné de l'ordre de priorité en la matière !! Je dois vous préciser que ma belle-maman est résidente d'un EHPAD en Alsace. Après avoir été hospitalisée, elle a réintégré son EHPAD avec une infection urinaire et un staphylocoque doré multirésistant. Elle a donc été isolée dans sa chambre mais, à mon grand étonnement, sans que la famille ne soit prévenue d'un quelconque risque, en dépit de la visite de ses arrières petits-enfants, petits-enfants et autres membres de la famille. A noter par ailleurs, aucune précaution n'a été prise avec les sacs de couches et d'alèses

stockés dans la salle de bain attenante pendant plusieurs jours et à répétition. Sans compter les chemises de nuit accrochées souillées au radiateur thermostat 5 !

Il a fallu que nous nous scandalisions pour que rien ne change à part une affichette sur la porte, des gants à disposition... Dans la chambre à côté d'une bouteille de désinfectant.

Les soignants vaquent à leurs occupations dans la chambre sans aucune protection, pour soigner, positionner les grabataires (les mains sous les couches pour les lever), y compris ma belle-maman infectée, pour ensuite servir les repas à tous les étages et en salle !

Par conséquent je ne suis pas certain que dépenser des millions d'euros pour aménager les hôpitaux soit prioritaire, à part pour enrichir quelques sociétés judicieusement choisies sur des appels d'offre !

Bref, ce que je voulais dénoncer c'est avant tout le laxisme sachant évidemment que si plusieurs décès devaient avoir lieu au sein d'un EHPAD, cela ne ferait que plus de place pour les suivants et ainsi de suite.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur la thématique « Situations de handicap et de perte d'autonomie » en 2013 :

Je souhaite dénoncer une situation dont j'ai été victime. Je suis bénéficiaire de l'AAH et d'un complément de ressources. Cette dernière prestation m'est accordée parce que je n'ai pas d'autres revenus. Or, le complément m'a été supprimé parce que j'ai bénéficié il y a 2 ans de 100 euros pour avoir aidé une journaliste à réaliser une enquête. L'année d'après, j'ai fait une intervention à la faculté en tant que bénévole, seulement comme j'avais engagée des frais pour le taxi, ils m'ont été remboursés comme salaire. On me supprime plus de 2.000 euros de complément de ressources pour 100 euros de revenus professionnels. J'ai exercé 3 recours mais ils ont tous été rejetés. Je voulais saisir le Défenseur des droits mais il déménage en ce moment et les recours sont suspendus. Il ne me reste qu'à saisir le député et le sénateur. Je pense qu'il y a là une injustice que je souhaite dénoncer.

...

J'ai une maladie de Crohn depuis 2002 et j'ai été placée en invalidité 2^{ème} catégorie. Je souffre d'incontinence et de diarrhées qui m'obligent à mettre des couches. Je souffre aussi de malnutrition sévère car je ne peux pas m'alimenter correctement ni me préparer des repas. Cette malnutrition est attestée par des bilans sanguins. J'ai fait une demande de passage en troisième catégorie et elle m'a été refusée. J'ai fait parallèlement une demande de PCH pour obtenir de l'aide humaine mais je n'ai obtenu que 10 heures par mois.

...

Je suis tétraplégique et en couple. Je suis bénéficiaire de nombreuses heures d'aides humaines. Ma compagne, avec laquelle je suis pacsé intervient en tant qu'aidant familial. J'avais depuis 6 ans bénéficié d'un crédit d'impôt lié à l'emploi d'un salarié à domicile et là, les impôts me tombent dessus en me demandant de rembourser jusqu'en 2010. Je ne comprends pas car ils disaient qu'il fallait éventuellement déduire les sommes perçues au titre de la PCH, moi je pensais que ce n'était pas obligatoire.

...

C'est l'association AFM qui m'a donné votre numéro. J'ai besoin d'un renseignement : existe-t-il une réglementation concernant la circulation des fauteuils roulants sur la voirie ? J'étais sur la route avec mon fauteuil et j'ai été interpellé par la police parce que, selon eux, il est interdit de rouler sur la route ! Mais, vu la taille des trottoirs dans ma ville, je ne vois pas bien comment je pourrais « rouler » dessus. Donc je veux avoir les références des textes, svp.

...

Je suis une personne à mobilité réduite avec besoin de tierce personne. Je dois prendre l'avion et mon handicap requiert que j'achète une place en business classe pour éviter des problèmes d'escarres. Or je ne peux pas payer une place en business class à mon auxiliaire de vie qui devra donc voyager en classe éco. La compagnie aérienne me refuse si mon auxiliaire ne m'accompagne pas en business class. Quels sont mes droits ?

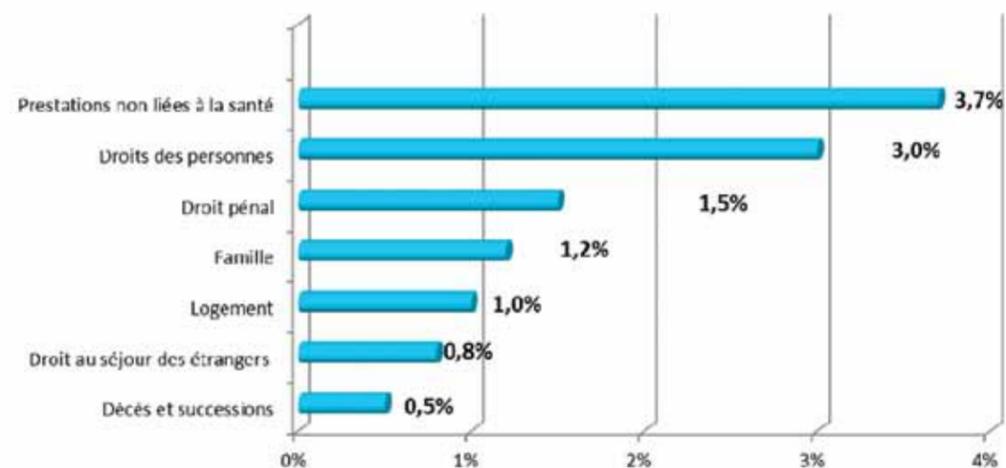
Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore sur le site Internet du CISS, dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2013 de Santé Info Droits, disponible au format Pdf sur le site Internet du CISS :

www.leciss.org/sante-info-droits

VII. AUTRES THÉMATIQUES D'APPELS

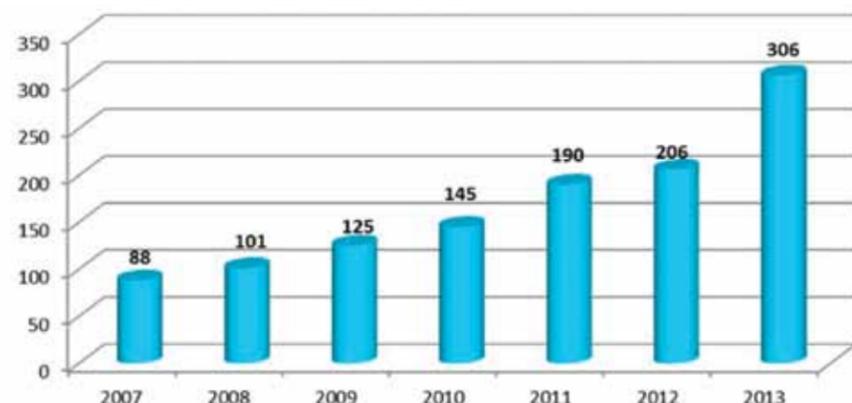
Après l'examen des grandes thématiques au cœur des missions de Santé Info Droits, la traduction de cette année d'activité ne serait pas complète sans l'évocation d'autres sujets divers qui, agrégés, correspondent tout de même à environ 10% des sollicitations

Répartition des sollicitations de la thématique « Autres thématiques d'appels » par rapport à l'ensemble des sollicitations



Au sein de ces thématiques diverses, les questions relatives aux prestations non liées à l'état de santé prennent une place de plus en plus significative, cette augmentation étant particulièrement sensible cette année.

Evolution de la thématique « Prestations non liées à la santé »



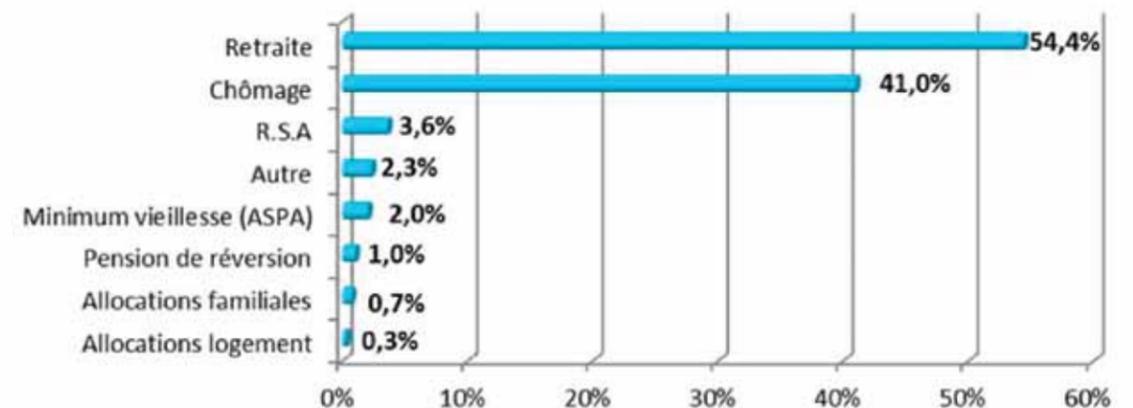
Alors qu'on pourrait penser *a priori* que des questionnements relatifs à des prestations non liées à l'état de santé ne rentrent pas dans le champ d'intervention de Santé Info Droits, les témoignages suivants mettent en évidence dans quelles circonstances ces questions sont parfois au cœur des préoccupations rencontrées par les personnes malades ou en situation de handicap nous sollicitant.

Je viens d'apprendre que j'ai la maladie de Parkinson. Je suis très inquiet car j'ai vraiment peur de ne pas arriver à travailler jusqu'à l'âge de départ à la retraite. Je n'arriverai peut-être pas à tenir jusque-là. Est-ce que j'aurai droit à une aide financière ou est-ce que je pourrai prétendre à avancer ma retraite ?

On a dû me poser deux prothèses de hanche. Je suis aussi en ALD pour hypertension sévère. Avec en plus ma thrombose à l'œil, je me sens plus que fatigué. En ce qui concerne ma situation administrative, j'ai la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé par la MDPH et je suis en première catégorie d'invalidité. Je recherche une solution pour prendre ma retraite. Vous comprenez, j'ai déjà un petit salaire car je suis obligé de travailler à temps partiel et je ne veux surtout pas me tromper dans mes démarches et je recherche la solution la mieux adaptée pour moi pour partir sans me trouver en galère financièrement. Que-fois-je faire ? Faire constater mon inaptitude ? Demander une retraite anticipée pour pénibilité ?

Je suis en arrêt maladie depuis plusieurs mois, mon médecin vient de me parler d'une demande en affection de longue durée... L'indemnité chômage se calcule à partir des salaires bruts sur les 12 derniers mois qui ont précédé la rupture du contrat. Que se passe-t-il si, lors de ces 12 mois, on a passé une grande partie en arrêt de travail ? Peut-on prétendre à une indemnité et sur quelle référence ?

A l'image de ces extraits, ce sont principalement les questionnements relatifs aux conséquences de la maladie ou du handicap sur l'application des différentes règles relatives à la retraite et au chômage qui suscitent les sollicitations auprès de Santé Info Droits :



Dans un contexte législatif et réglementaire toujours très mouvant en matière de retraite, la question des règles spécifiques applicables au dispositif « carrière longue » est venue cette année plus particulièrement sur le devant de la scène. Il nous est donc apparu opportun d'y consacrer un développement particulier.

Ce dispositif a pour but de prendre en compte la situation particulière des travailleurs ayant commencé leur activité professionnelle très jeune. Il a pour effet notamment de permettre un départ à la retraite avant l'âge légal minimum autorisé fixé désormais à 62 ans.

Quand nous sommes sollicités sur cette question spécifique, c'est le plus souvent sous l'angle suivant :



Je vous appelle concernant une question d'un de mes administrés. Il a sollicité le dispositif «carrière longue». Dans ce cadre, on lui a dit que les périodes de congé maladie ne sont prises en compte que dans la limite de 4 trimestres de cotisations. C'est normal ?

Effectivement, alors qu'habituellement les périodes d'arrêt maladie ou d'invalidité sont considérées comme des trimestres validés, il en va différemment en ce qui concerne le dispositif « carrière longue » pour lequel les périodes de maladie ne sont prises en compte que de manière restrictive. Ces restrictions ne peuvent qu'être mal perçues par les personnes concernées. En effet, s'il existe également un dispositif de retraite anticipée prenant en compte le handicap, celui-ci ne peut être actionné utilement que dans des circonstances où les assurés cumulent reconnaissance d'une situation de handicap et poursuite d'une activité professionnelle pendant de longues périodes. De ce fait, sont exclues les personnes dont le handicap survient en fin de carrière.

Dans le cadre de la réforme des retraites intervenue en 2013, il est apparu nécessaire pour le CISS ainsi que pour d'autres acteurs associatifs que les malades et les personnes en situation de handicap ne soient pas les grands oubliés de la réforme. Parmi les mesures portées – malheureusement sans succès – figurait notamment un aménagement du dispositif de retraite progressive qui aurait permis justement une meilleure prise en compte de ces situations particulières.

Cela est évidemment regrettable car on ne peut se satisfaire des quelques avancées obtenues comme celle relative à la prise en compte de l'invalidité - de manière d'ailleurs encore plus restrictive que pour la maladie. La désormais prise en compte de l'invalidité dans la limite de deux trimestres aura cependant pour conséquence heureuse de rendre partiellement caducs les termes d'un tel témoignage :



Pourquoi le législateur n'a pas pris en compte l'invalidité dans sa réforme de juillet 2012 concernant le droit à la retraite à 60 ans pour carrière longue. Il ajoute 4 trimestres pour la maladie, rien pour l'invalidité, or c'est bien à la suite d'une maladie que la Sécurité sociale nous met en invalidité. De ce fait, je ne peux prétendre à la retraite à 60 ans. Je ne comprends pas cette décision que je trouve injuste.

Autres exemples de sollicitations de Santé Info Droits sur « Autres thématiques d'appels » en 2013 :

Mon fils a eu une hépatite C et il n'a pas supporté le traitement à l'interféron et depuis il est en dépression et ne réagit plus. Moi, je suis loin et je ne sais comment l'aider. On m'a conseillé une curatelle mais je ne suis pas certaine qu'il va accepter. Il ne gère plus rien et il vit à Paris alors que moi je suis en province et j'ai 85 ans.

...

Je viens de me voir diagnostiquer une sclérose en plaques. Je n'arrive pas à savoir si je dois prévenir la préfecture au niveau de mon permis de conduire.

...

Etant avec un traitement VIH, j'aimerais savoir comment faut-il faire, lorsqu'on veut rester plus de trois mois dans un pays qui a une politique discriminatoire vis-à-vis des étrangers séropositifs. Comment faire pour ne pas dévoiler le VIH, car pour ouvrir un commerce dans le pays où je souhaite aller il est demandé un certificat de bonne santé, et ils font une prise de sang d'après ce que l'on m'a dit ?

...

Ma grand-mère a fait une chute il y a quelques mois. Elle a perdu une grande partie de son autonomie depuis. Elle vit seule à son domicile et est accompagnée quotidiennement par des aides à domicile. Ma mère et moi vivons à 1 heure de route, et nous ne pouvons pas nous y rendre plus de 2 fois par semaine. Ma tante vit à quelques mètres de ma grand-mère mais refuse d'aller la voir et de s'en occuper. Y a-t-il un moyen légal de contraindre ma tante à s'occuper de ma grand-mère, une obligation d'assistance ?

...

Je suis arrivé en France en 2011. J'ai eu de gros problèmes de santé et j'ai fait une demande de titre de séjour pour raison médicale mais ma demande a été rejetée au motif que je ne pouvais pas justifier de 1 an de présence en France. J'ai refait une demande de titre de séjour avec tous les justificatifs de durée de séjour et les pièces demandées et on a refusé de prendre le dossier à la préfecture et donc je n'ai pas de récépissé. On m'a donné un rendez-vous pour dans 6 mois.

...

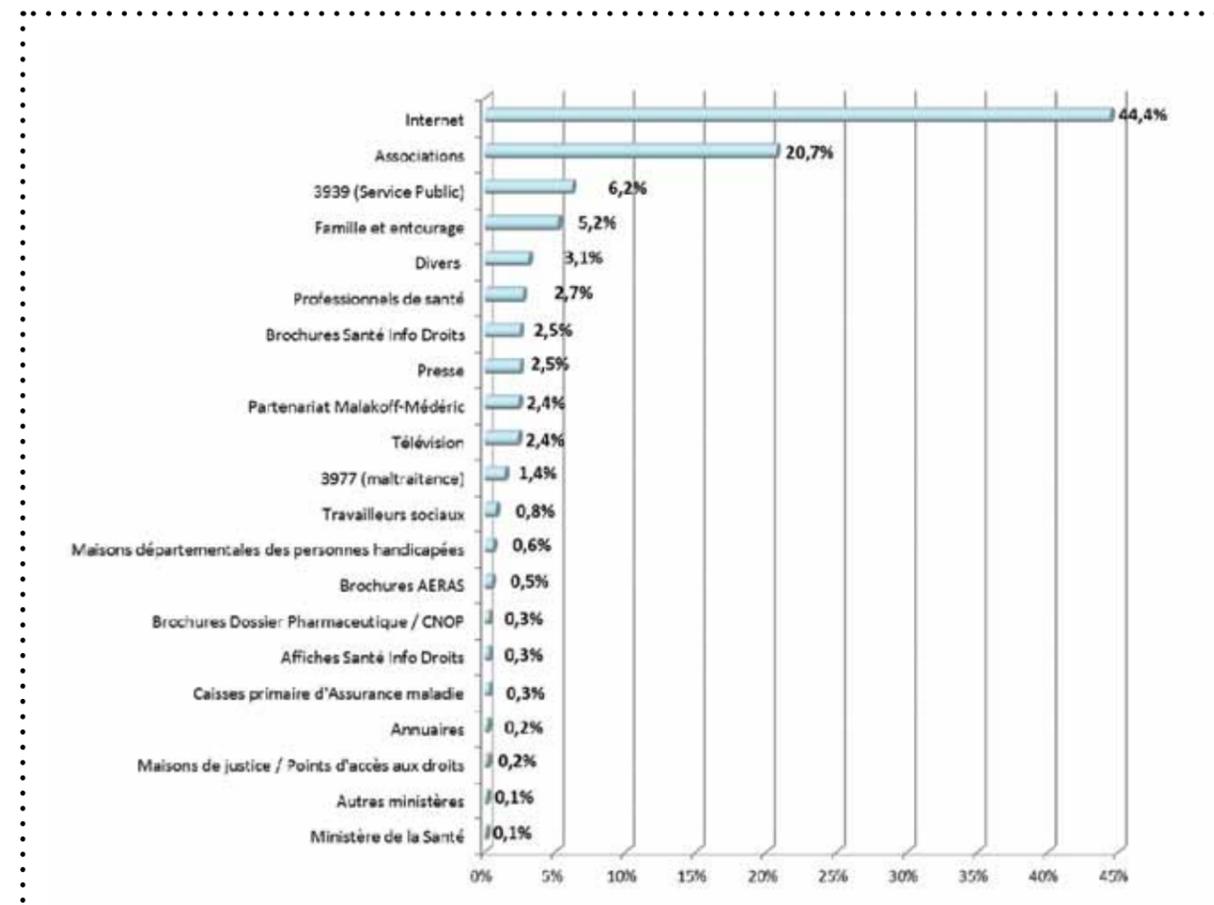
Je suis en arrêt maladie depuis 2 ans et, vu mon âge et mes cotisations, je peux bénéficier de la retraite à taux plein. Je bénéficie d'un logement de fonction que je devrais quitter si je prends ma retraite. J'ai fait une demande de logement social et je vais également faire une demande de DALO. Je cherche également sur Paris mais naturellement personne ne veut me louer sans fiche de salaire. Du coup, j'envisage de reprendre mon poste malgré les risques pour ma santé.

Retrouvez ces verbatim ainsi que beaucoup d'autres encore dans le recueil de témoignages et statistiques liés à l'activité 2013 de Santé Info Droits, disponible au format pdf sur le site du CISS : www.leciss.org/sante-info-droits

ANNEXE : STATISTIQUES RELATIVES À SANTÉ INFO DROITS

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

1.1. Mode de connaissance de la ligne

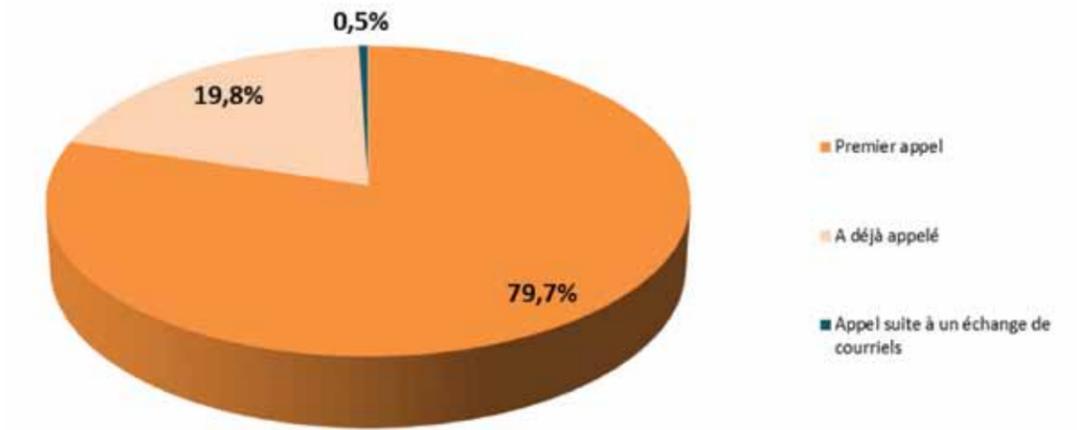


1.2. Orientations associatives vers Santé Info Droits

UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades psychiques)	21,6%
Divers (78 associations)	7,6%
CISS régionaux	7,0%
Aides	5,6%
Fibromyalgie SOS	4,9%
Ligue contre le cancer et Aidea	4,9%
Alliance Maladies Rares et Maladies rares info services	3,3%
Cancer Info	3,3%
APF (Association des paralysés de France) et Ecoute Sep	3,2%
Fibromyalgie France	2,8%
France Parkinson	2,4%
FNAPSY (Fédération Nationale des associations d'usagers en psychiatrie)	2,2%
AFS (Association France Spondyloarthrites)	2,2%
Argos 2001	2,1%
INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation)	2,0%
UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques)	1,9%
SOS hépatites	1,8%
France Alzheimer	1,7%
CISS national	1,6%
AFM (Association française contre les myopathies)	1,5%
AFA (Association François Aupetit)	1,4%
Onc 93	1,3%
ALMA (Allô maltraitance personnes âgées et handicapées)	1,2%
UNAF - URAF - UDAF (Union nationale, régionale et départementale des associations familiales)	1,1%
ARSEP (Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques)	1,1%
FNAIR (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux)	0,9%
Sida info Service	0,8%
Etincelle	0,7%
AFD (Association française des diabétiques)	0,6%
AMADYS (Association des malades atteints de dystonie)	0,6%
AFGS (Association française du Gougerot Sjögren et des syndromes secs)	0,5%
AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux)	0,5%
Lupus France	0,4%
UFC-Que choisir	0,4%

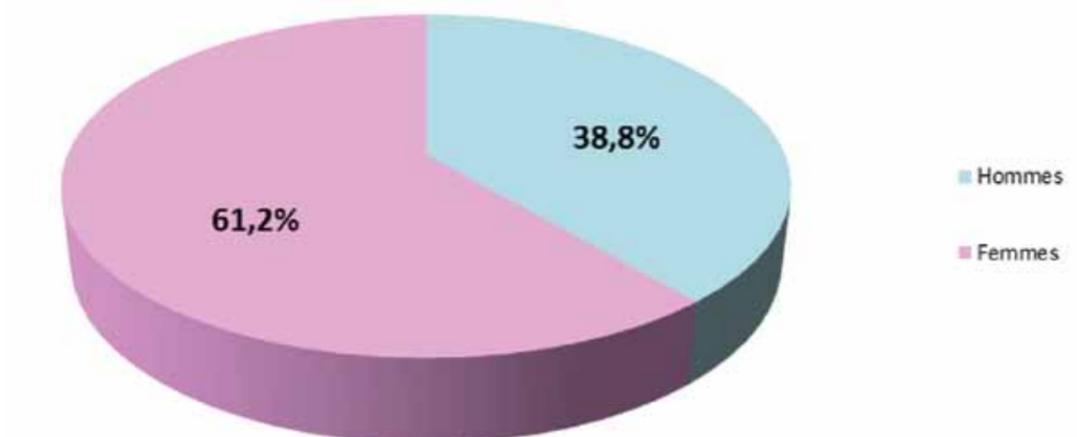
Paris aide aux victimes	0,4%
FFAAIR (Fédération française des associations et amicales d'insuffisance respiratoire)	0,3%
Le LIEN	0,3%
UAFLMV (Union des associations françaises des laryngectomisés et mutilés de la voix)	0,3%
Vaincre la mucoviscidose	0,3%
France AVC	0,3%
Association française du Lupus	0,2%
AFSMA (Association française des syndromes de Marfan et aparentés)	0,2%
AFTOC (Maladie de Tourette - Toc)	0,2%
ANDAR (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde)	0,2%
COMEDE (Comité médical pour les exilés)	0,2%
Epilepsie France	0,2%
Sidaction	0,2%
Transhépate	0,2%
France Acouphènes	0,2%
Advocacy	0,2%
Andeva	0,2%
La CSF (Confédération syndicale des familles)	0,2%
Association Surrénales	0,1%
Europa donna	0,1%
Familles rurales	0,1%
FNATH (Association des accidentés de la vie)	0,1%
GISTI (Groupement d'information et de soutien aux travailleurs immigrés)	0,1%
Médecins du Monde	0,1%
Neuf de cœur	0,1%
ORGEKO (Organisation générale des consommateurs)	0,1%
UNAPEI	0,1%
UNAFTC (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens)	0,1%
ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité)	0,1%

1.3. Proportion de primo-appelants

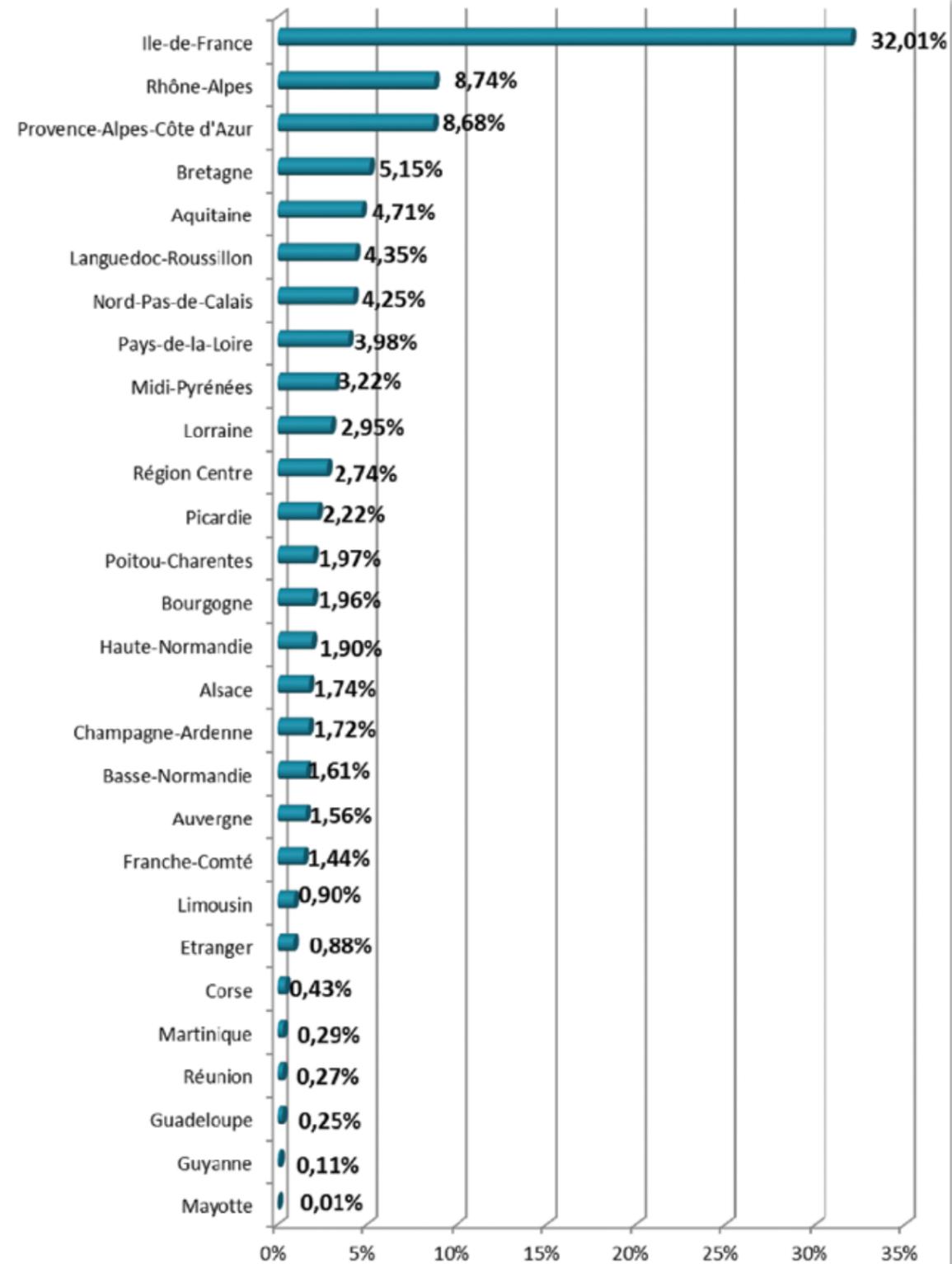


2. DONNÉES RELATIVES AU PROFIL DES USAGERS DE SANTÉ INFO DROITS ET DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LES SOLLICITATIONS

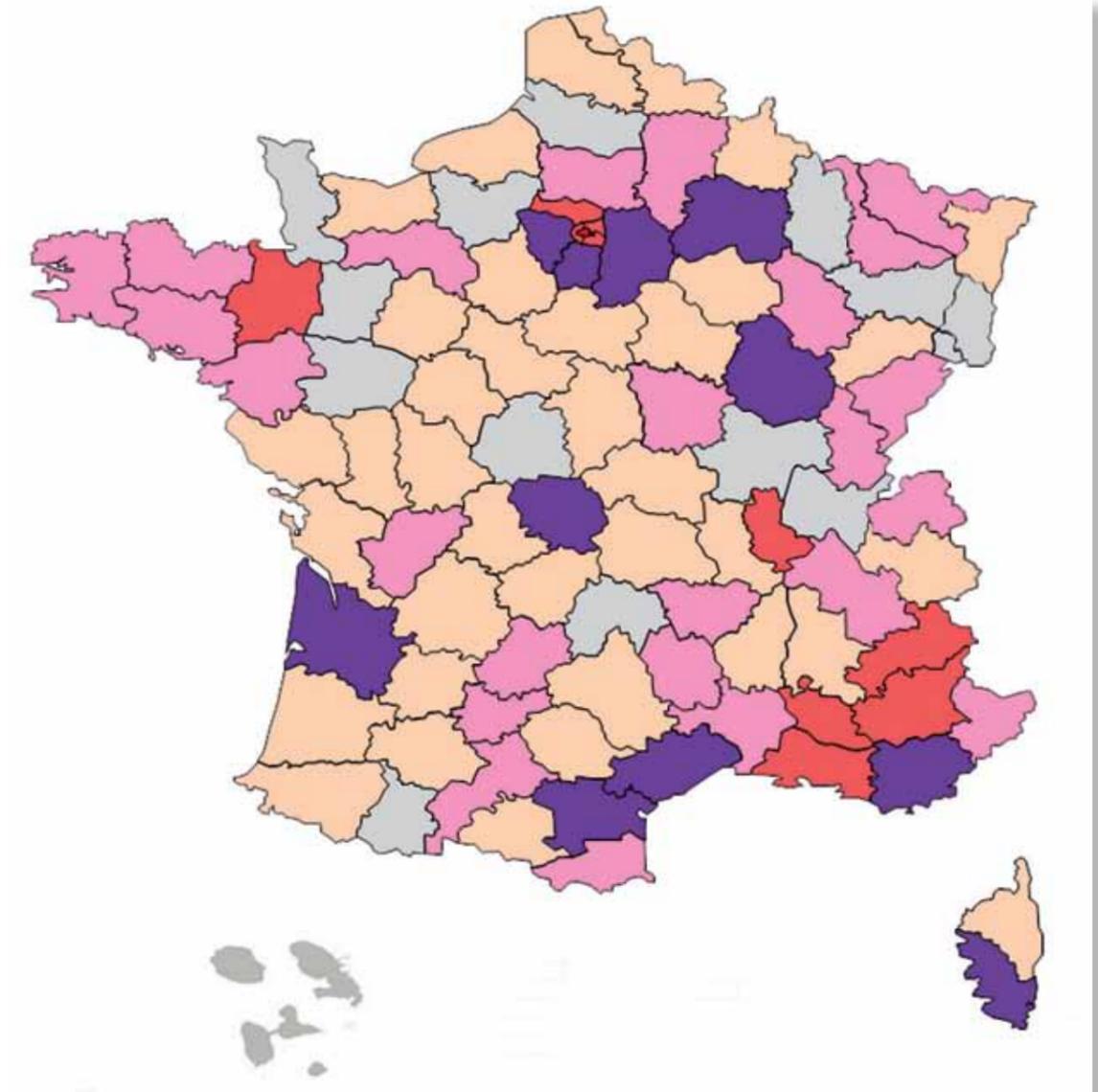
2.1. Sexe des personnes concernées par les sollicitations



2.2. Région des appelants

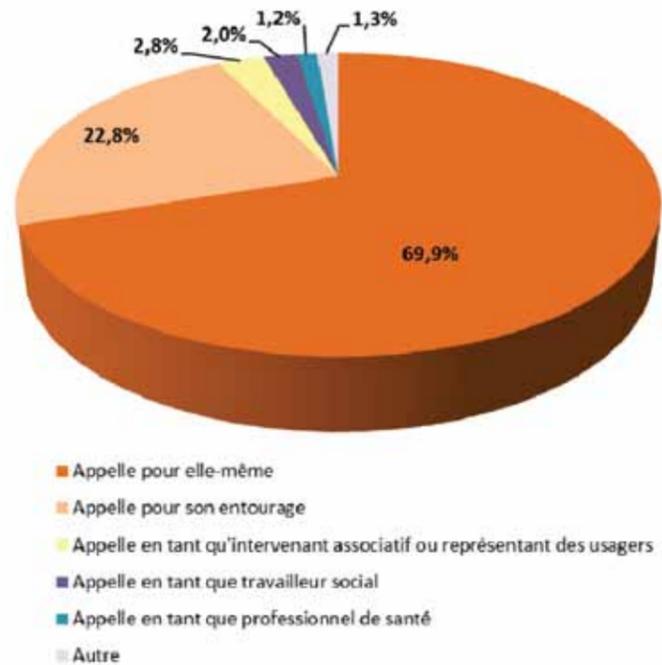


2.3. Départements des appelants (en proportion du nombre d'habitants par département)



	PLUS DE 30 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 15 ET 30 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 12,5 ET 15 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 10 ET 12,5 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	ENTRE 7,5 ET 10 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS
	MOINS DE 7,5 SOLLICITATIONS POUR 100 000 HABITANTS

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



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

Pour 72% des sollicitations, la situation médicale de nos interlocuteurs est identifiée. Quand c'est le cas, la répartition est la suivante :

Cancer / Tumeurs	11,81%
Troubles mentaux et du comportement (autres que celles identifiées par ailleurs)	10,04%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (autres que celles identifiées par ailleurs)	6,38%
Dépression	5,14%
Dentaire	4,10%
Age et dépendance	3,95%
Handicap fonctionnel	3,93%
V.I.H.	3,47%
Fibromyalgie	3,32%
Maladies rares	3,24%
Maladies cardio-pulmonaires	2,90%
Sclérose en plaques	2,57%
Grossesse et accouchement	2,52%
Décès cause non identifiée	2,42%
Troubles bipolaires	2,29%
Déficiência visuelle et cécité	2,02%
Accident vasculaire cérébral	2,00%

Troubles musculo-squelettiques	1,97%
Schizophrénie	1,82%
Maladie de Parkinson	1,67%
Accident conséquence non identifiée	1,57%
Alzheimer	1,51%
Diabète	1,51%
Maladies de l'appareil digestif (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,27%
Infections nosocomiales	1,20%
Spondylartrite	1,20%
Maladies du système nerveux (autres que celles identifiées par ailleurs)	1,01%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,99%
Hépatite C	0,90%
Insuffisance rénale	0,77%
Epilepsie	0,75%
Maladies du système respiratoire (autres que celles identifiées par ailleurs)	0,69%
Greffe	0,60%
Maladies de Crohn	0,60%
Addictions	0,48%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (hors diabète)	0,48%
Déficiência auditive et surdité	0,45%
Hépatite B	0,45%
Mucoviscidose	0,45%
Myopathie	0,45%
Chirurgie esthétique réparatrice	0,33%
Maladies de peau	0,32%
Ob�sitt�	0,32%
Hypertension	0,30%
Lupus	0,30%
Maladies des artères, veines	0,30%
Polyarthrite rhumato�ide	0,30%
TOC (Troubles obsessionnels compulsifs)	0,30%
Difficultés de procréation	0,18%
Malformations cong�nitaes et anomalies chromosomiques	0,18%
Chirurgie esthétique d'agrément	0,17%
Anorexie	0,15%
Asthme	0,15%
Autisme	0,15%
H�mophilie	0,15%
Maladies auto-immunes	0,15%
Maladies du sang (autre que l'hémophilie ou les cancers)	0,15%
Narcolepsie	0,15%
Rhumatismes articulaires aigus	0,15%
Traumatismes crâniens	0,15%
Tuberculose	0,15%
Affection iatrogène	0,15%
Trisomie	0,15%
Conséquence agression non identifiée	0,12%
Maladie professionnelle conséquence non identifiée	0,06%
Infections sexuellement transmissibles	0,05%
Maladie de Charcot (SLA)	0,03%

Santé Info Droits est la ligne d'information juridique et sociale du collectif Interassociatif sur la Santé (CISS). Le CISS est présent au niveau national ainsi que dans 25 régions :

CISS-Alsace

Président : Jean-Michel Meyer
Hôpital civil de Strasbourg
Ancien bâtiment d'ophtalmologie
1 place de l'Hôpital BP 426 67091 Strasbourg cedex
Tél. : 03 88 44 53 52 / alsace@leciss.org

CISS-Aquitaine

Président : Ginette Poupard
Espace Rodesse
103 ter, rue Belleville - 33000 Bordeaux
Tél. : 05 56 93 05 92 / ciss-aquitaine@orange.fr

CISS-Auvergne

Président : Jean-Pierre Bastard
Hôpital Gabriel Montpied
58, rue Montalembert - 63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 26 29 50 / cissa63@orange.fr

CISS-Basse-Normandie

Président : Claude Françoise
Maison des Associations
1018 Quartier du Grand Parc
14200 Hérouville-Saint-Clair
Tél. : 02 31 83 01 43 / ciss.bn@orange.fr

CISS-Bourgogne

Président : Yann Lecomte
Maison des Associations - 2, rue des Corroyeurs
Boîte FF6 - 21000 Dijon
Tél. : 03 80 49 19 37 / bourgogne@leciss.org

CISS-Bretagne

Président : Serge Charpentier
1, square de Macédoine - 35200 Rennes
Tél. : 02 99 53 56 79
secretariat.cissbretagne@laposte.net

CISS-Délégation région Centre

Présidente : Danièle Desclerc-Dulac
4, rue Adolphe Crespin - BP 1242 - 45000 Orléans
Tél. : 02 38 77 57 87 / regioncentre@leciss.org

CISS-Champagne-Ardenne

Présidente : Danièle Quantinet
7, boulevard Kennedy
51000 Châlons-en-Champagne
Tél. : 03 26 68 50 04 / lecissca@yahoo.fr

CISS-Corse

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

CISS-Franche-Comté

Présidente : Anny Augé
CHU - 2, place Saint-Jacques
25030 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 51 84 31 / franchecomte@leciss.org

CISS-Guadeloupe

Président : François Le Maistre
Ligue contre le Cancer-Comité Guadeloupe
Boulevard Légitimus, Rond-point Miquel
97110 Pointe-à-Pitre
Tél. : 05 90 68 21 55
ciss.guadeloupe@gmail.com

CISS-Haute-Normandie

Président : Yvon Graïc
CHU Hôpitaux de Rouen - Pavillon Pillore
Espace des Usagers - 3^e étage
1, rue de Germont 76031 Rouen cedex
Tél. : 02 35 36 29 81 / 06 20 15 22 50
hautenormandie@leciss.org

CISS-Ile-de-France

Présidente : Catherine Ollivet
26, rue Monsieur le Prince 75006 Paris
Tél. : 01 43 29 92 38 / accueil@ciss-idf.com

CISS-Délégation Languedoc-Roussillon

Présidente : Annie Morin
ADREA 393, rue de l'Hostellerie
30900 Nîmes Cedex
Tél. : 04 66 27 02 18 / lecisslr@orange.fr

CISS-Limousin

Président : Patrick Charpentier
4, avenue de la Révolution - 87000 Limoges
Tél. : 05 44 00 00 57 / limousin@leciss.org

CISS-Lorraine

Président : Pierre Lahalle-Gravier
OHS - 1, rue du Vivarais
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 28 25 91 / lorraine@leciss.org

CISS-Martinique

Présidente : Jeanne Emérante Defoi
Ligue contre le Cancer-Comité Martinique
Immeuble Le Trident
BP 789 - Bât. A - Cité Mongérald
97244 Fort-de-France cedex
Tél. : 05 96 70 20 38 / martinique@leciss.org

CISS-Midi-Pyrénées

c/o Hôpital Joseph Ducuing
15, rue de Varsovie - 31300 Toulouse
Tél. : 05 63 79 06 78 ou 06 37 66 54 34
midipyrenees@leciss.org

CISS-Nord-Pas-de-Calais

Président : Pierre-Marie Lebrun
c/o UDAF - 3, rue Gustave Delory
BP 1234 - 59013 Lille Cedex
Tél. : 03 20 54 97 61 / leciss.npdc@gmail.com

CISS-Océan Indien

Président : Véronique Minatchy
1, allée Vert Pré - 97419 La Possession
Ile-de-la-Réunion
Tél. : 06 92 40 03 96
ciss.oceanindien@gmail.com

CISS-Pays-de-la-Loire

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

CISS-Picardie

Président : Henri Barbier
91, rue André Ternynck - 02300 Chauny
Tél. : 03 23 57 55 67 / picardie@leciss.org

CISS-Poitou-Charentes

Président : Alain Galland
28, rue Mirabeau - 16000 Angoulême
Tél. : 05 45 38 77 56 / poitoucharentes@leciss.org

CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur

Président : Michel Lecarpentier
143, avenue des Chutes-Lavie - 13013 Marseille
Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org

CISS-Rhône-Alpes

Président : François Blanchardon
Palais de la Mutualité - 1, place Antonin Jutard
69421 Lyon - Cedex 3
Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org

Nos remerciements aux partenaires de Santé Info Droits en 2013 :



Ministère des Affaires sociales et de la Santé -
Direction générale de la Santé



Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens



Malakoff-Médéric



Mutuelle ADREA

Au niveau national, le Ciss compte 40 associations membres au 30 juin 2014



Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations de consommateurs et de familles, d'associations de personnes âgées et retraitées.

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- Informer les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- Former des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- Observer en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce, quelle que soit la structure.
- Communiquer nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.



lundi, mercredi et vendredi
de 14 h à 18 h
mardi et jeudi
de 14 h à 20 h
Tél. : 0 810 004 333 (n° Azur) ou 01 53 62 40 30
santeinfodroits@leciss.org
www.leciss.org/sante-info-droits



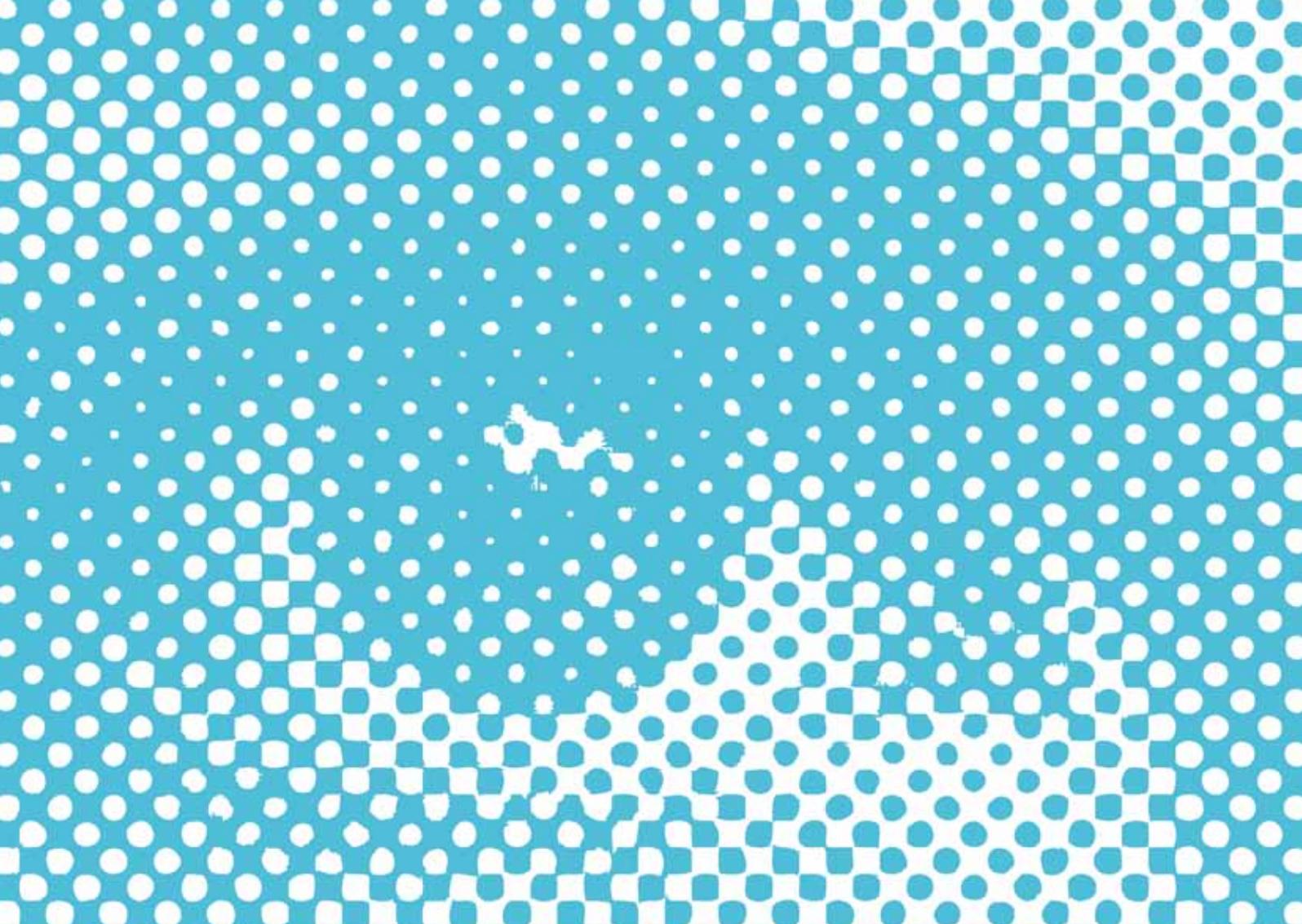
10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49
Fax : 01 47 34 93 27
contact@leciss.org
www.leciss.org



66millionsdimpatients.org, site du CISS lancé en mars 2014, se veut au service de tous les usagers du système de santé.

Ce site informatif et participatif est à la fois une aide pour mieux se repérer dans l'offre de soins et permettre l'exigence de soins de qualité ainsi qu'un guide des droits des patients et de la promotion de la santé au sens large. A travers des articles sur la prévention, la prise en charge, les facteurs de risques environnementaux, les coûts des soins, etc., des dossiers et enquêtes, des prises de paroles d'experts, mais aussi des services tels que calculateurs de coûts des soins, plateforme téléphonique...

Dans un contexte de massification des cas de malades chroniques, un aspect majeur à améliorer aujourd'hui pour que l'usager du système de santé prenne toute sa place, c'est l'effectivité des droits. Mieux être informé, s'exprimer, c'est être mieux armé pour défendre ses droits et devenir acteur de sa santé. Le site **66millionsdimpatients.org** se veut le **porte-parole des patients impatients** et l'**outil d'information** pour mieux s'y retrouver dans l'organisation des soins. A vous, la parole !



CISS - 10 villa Bosquet 75007 PARIS - TEL. 01 40 56 01 49 - FAX. 01 47 34 93 27 - secretariat@leciss.org - www.leciss.org