



SANTÉ INFO DROITS  
0 810 004 333

la ligne du **CISS**



Rapport d'activité

2007

# Sommaire

<b>3</b>	AVANT-PROPOS
	<b>I. ACTIVITÉ DE SANTÉ INFO DROITS</b>
<b>4</b>	A. LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE
<b>6</b>	B. LE SERVICE DE RÉPONSE PAR COURRIEL
	<b>II. CONNAISSANCE &amp; UTILISATION DE LA LIGNE</b>
<b>7</b>	A. MODE DE CONNAISSANCE DE LA LIGNE
<b>8</b>	B. MODE D'UTILISATION DE LA LIGNE
	<b>III. PROFIL DES UTILISATEURS DE SANTÉ INFO DROITS &amp; DES PERSONNES CONCERNÉES</b>
<b>9</b>	A. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
<b>9</b>	B. ÉLÉMENTS RELATIFS À L'ÉTAT DE SANTÉ DES APPELANTS
	<b>IV. PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES PAR LES APPELANTS</b>
<b>12</b>	A. PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX QUESTIONS DE DROIT DES MALADES <ol style="list-style-type: none"><li>1. Contentieux, responsabilité médicale et démarches amiables</li><li>2. Accès aux informations médicales</li><li>3. Information et consentement</li><li>4. Les droits collectifs et les questions liées aux représentants d'usagers</li></ol>
<b>16</b>	B. PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX QUESTIONS « D'ACCÈS ET DE PRISE EN CHARGE DES SOINS » <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</li><li>2. Niveau de prise en charge et remboursement par l'assurance maladie</li><li>3. Mutuelles et assurances complémentaires</li><li>4. CMU complémentaire</li><li>5. Dépassements d'honoraires</li></ol>
<b>18</b>	C. PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX QUESTIONS D'ASSURANCES ET D'ACCÈS AUX PRÊTS <ol style="list-style-type: none"><li>1. L'accès aux emprunts immobiliers et les emprunts à usage professionnel</li><li>2. Les appels concernant les prêts à la consommation</li><li>3. Autres difficultés d'accès aux assurances</li><li>4. Les difficultés de mise en jeu de garantie</li></ol>
<b>23</b>	D. PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX PRESTATIONS EN ESPÈCE <ol style="list-style-type: none"><li>1. Indemnités journalières : difficultés liées à l'appréciation de la situation médicale par les médecins-conseils</li><li>2. Indemnités journalières supérieures à 6 mois et pension d'invalidité : difficultés liées aux conditions administratives</li></ol>
<b>25</b>	E. PROBLÉMATIQUES LIÉES AU TRAVAIL
<b>26</b>	F. PROBLÉMATIQUES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
<b>27</b>	G. PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES DES ÉTRANGERS MALADES
<b>28</b>	H. AUTRES THÈMES D'APPELS
	<b>V. PARTENARIATS SANTÉ INFO DROITS</b>
	<b>VI. PERSPECTIVES POUR 2008</b>

# Avant-Propos



## **A**ccompagner et observer la mise en œuvre des droits des usagers du système de santé : de l'information au plaidoyer.

Depuis 1996, le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) représente les intérêts communs de tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à une meilleure qualité des soins. C'est dans cette optique que notre collectif d'associations a mis en place, fin novembre 2006, un service d'information juridique et sociale à destination des usagers, de leurs représentants, des travailleurs sociaux ou des professionnels de la santé.

Dans ce champ qu'est celui des droits des usagers du système de santé, ouvert par la récente loi du 4 mars 2002, les questions relèvent en effet d'un spectre large et varié : statut du représentant, conditions d'exercice des missions de représentation, droits des malades, accès et prise en charge des soins, assurance maladie, recours et indemnisation en cas d'accident médical, droits des usagers dans les établissements médico-sociaux, accès au dossier médical, discrimination, accès à l'assurance et à l'emprunt, travail, secret médical, prestations liées au handicap, droit des étrangers...

Le caractère transversal des problématiques de santé, tel que le voit le CISS, ainsi que la complémentarité des profils des écoutants de Santé Info Droits – juristes, avocats, travailleurs sociaux, spécialisés dans la santé – permettent une réelle mutualisation des expériences et des connaissances afin d'optimiser la qualité et la pertinence de notre travail d'information et d'orientation auprès des appelants de notre ligne.

Le professionnalisme de l'équipe d'écouter est aujourd'hui largement reconnu tant par les associations nationales et les collectifs régionaux membres du CISS, qui sont toujours plus nombreux à solliciter Santé Info Droits, que par le grand public puisque notre ligne est ouverte à tous sans condition d'adhésion au Collectif Interassociatif Sur la Santé.

À travers les demandes individuelles, qu'elles proviennent des usagers eux-mêmes, des acteurs associatifs ou encore

des professionnels intervenant dans le champ sanitaire et social, l'objectif de la ligne est de mettre en évidence autant que de traiter les obstacles rencontrés par les appelants que cela soit en raison d'une mauvaise application des textes ou encore en raison des lacunes du droit.

En effet, au-delà des réponses apportées à chaque appelant, le flux d'appels (plus de 4 000 traités en 2007) permet à Santé Info Droits de constituer un véritable observatoire des droits des usagers du système de santé. Nous nous attachons à développer cette dimension de la ligne en réalisant des analyses thématiques des appels reçus, ce rapport d'activité en présentant une synthèse détaillée. Notre observatoire est aussi étayé par nos enquêtes flash, menées auprès des appelants sur certains sujets qu'il nous semble important d'étudier de façon plus fine. Ont notamment été abordés en 2007, dans le cadre de ces enquêtes flash, la convention AERAS et l'accès au dossier médical.

Fort de ces témoignages qui sont autant de tranches de vie, Santé Info Droits vient en appui à la mission de plaidoyer du Collectif Interassociatif Sur la Santé. D'une part en amont, en tant qu'observatoire dont les enseignements peuvent alimenter les réflexions du CISS. D'autre part en aval, auprès de l'ensemble des publics qui s'adressent à la ligne (les usagers et leurs représentants, les acteurs associatifs, les professionnels...), en tant que relais d'information sur les évolutions de notre système de santé.

Ainsi pouvons-nous affirmer que, dès 2007, c'est-à-dire dès sa première année d'exercice (!), Santé Info Droits a su trouver toute sa place dans la dynamique du Collectif Interassociatif Sur la Santé en étant reconnu comme un outil de référence qui participe à la connaissance, à la reconnaissance et à la défense des droits des usagers du système de santé dans leurs dimensions individuelle et collective.

Cet outil est au service de tous. N'hésitez pas à le faire connaître autour de vous.

Christian Saout,  
Président du CISS



# I. Activité de Santé Info Droits

## A. La ligne téléphonique

Santé Info Droits est ouvert à tous, sans condition d'adhésion au CISS, et s'adresse aussi bien aux personnes s'interrogeant ou rencontrant des difficultés juridiques ou sociales liées à leur état de santé (au cours de leur vie professionnelle, sociale, personnelle ou dans leur parcours médical) qu'aux représentants d'usagers dans le cadre de leurs missions.

En composant le numéro Azur 0 810 004 333 depuis un poste fixe, l'appelant ne paie que le coût d'une communication locale. Le service téléphonique peut être également joint par le numéro traduit 01 53 62 40 30 qui permet aux personnes appelant depuis un téléphone mobile ou bénéficiant d'un abonnement avec appels illimités de joindre le service dans les conditions qui leur sont les plus favorables.

Des écoutants – juristes, avocats, travailleurs sociaux, spécialisés dans les problématiques de santé – sont à la disposition des appelants le lundi, mercredi, vendredi de 14h à 18h et le mardi et le jeudi de 14h à 20h. Tous sont formés aux fins de répondre au mieux aux préoccupations des appelants qui exposent leur situation personnelle.

En 2007, 12 professionnels ont participé à l'activité de Santé Info Droits :

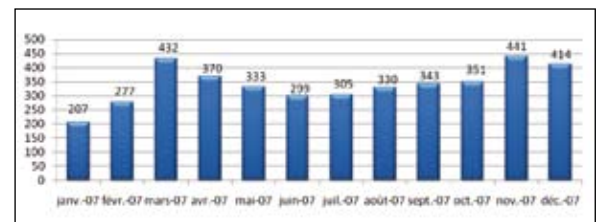
- Sandrine AGUTTES
- Ludovic BEAUNE
- Christine CHEVAL
- Marianne DUCHESNE
- Charlotte HODEZ
- Camille MAGDELAINE
- Patrick MONY
- Peggy OKOI
- Christophe PINEAU
- Sidonie ROUFIAT
- Anne SOULELIAC
- Marine THISSE

Stéphane GOBEL, coordinateur, anime la ligne en délivrant un appui constant aux écoutants mais également en développant des sources documentaires, utiles aux réponses fournies et mises à disposition du public par l'intermédiaire des fiches thématiques du CISS.

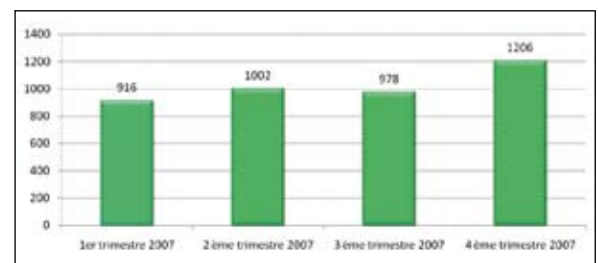
Pour 2007, première année d'activité complète de Santé Info Droits, était prévu un nombre de 4 000 appels traités, soit environ 333 par mois.

L'objectif assigné à la ligne a été rempli à 102,55 % puisqu'au total 4 102 appels ont été pris en charge cette année. Ce chiffre conforme aux prévisions témoigne d'une montée en puissance progressive de la ligne tout au long de l'année.

### Évolution du nombre d'appels traités mensuellement



### Évolution nombre d'appels traités trimestriellement



Si l'on excepte les mois de janvier et de février période de mise en place de la ligne et des outils de communication la présentant, l'activité s'est caractérisée par une très grande régularité et une variation assez peu influencée par les particularités saisonnières.

Ainsi, on peut remarquer que les mois de juillet et d'août n'ont pas été affectés par une baisse significative du nombre d'appels traités.

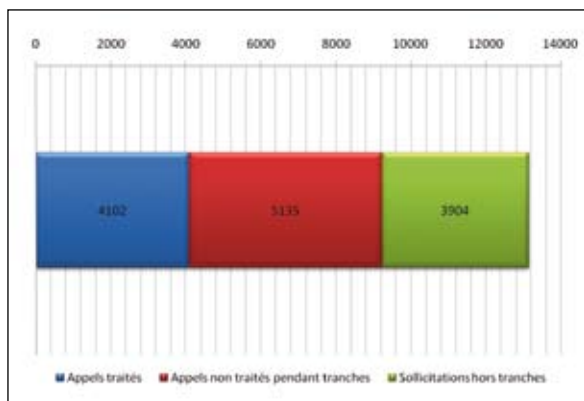
Les variations les plus importantes notamment celle de mars 2007, s'expliquent principalement par des pics de sollicitations liés à une exposition médiatique du CISS plus importante : les dépassements d'honoraires en mars, le régime juridique des majeurs protégés en novembre et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en décembre.

Ces surcroûts d'appels ponctuels expliquent par ailleurs la proportion d'appels non traités pendant les tranches horaires des permanences. Il s'agit d'appels non traités dans des

circonstances où tous les écoutants disponibles étaient simultanément en ligne.

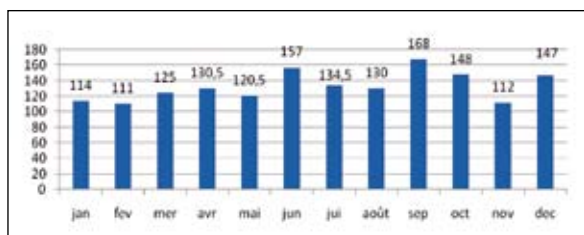
Il convient de préciser que pour les appels non traités, le même appelant est susceptible d'appeler plusieurs fois puisqu'il a été fait le choix de ne pas placer les appelants en attente *via* une messagerie automatique.

### Nombre total de sollicitations pour l'année 2007



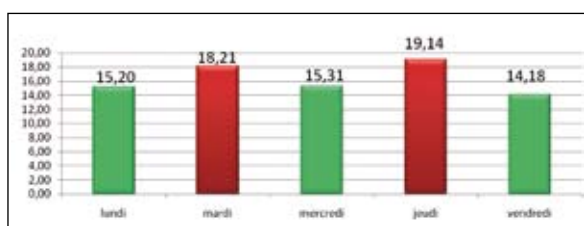
Cette montée en puissance progressive du nombre de sollicitations s'est accompagnée d'une augmentation du nombre d'heures d'écoute mises à disposition des appelants, novembre constituant un cas particulier du fait des grèves de transport.

### Nombre d'heures d'écoute mises à disposition des appelants (hors coordinateur)



En ce qui concerne l'utilisation de la ligne en fonction des jours de la semaine quelques remarques s'imposent :

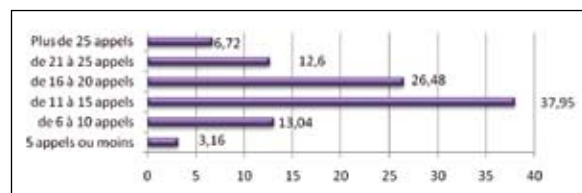
### Nombre moyen d'appels traités par permanence



Il apparaît logiquement que les permanences du mardi et du jeudi sont les plus utilisées. En effet, ces jours correspondent aux horaires étendus de la ligne jusqu'à 20 heures. Si cette

extension au-delà de 18 heures ne fait pas l'objet d'une utilisation intensive d'un point de vue quantitatif, elle permet en revanche de toucher un public n'ayant pas forcément la possibilité de nous joindre en toute confidentialité pendant les après-midi.

### Répartition en pourcentage du nombre d'appels traités par permanence

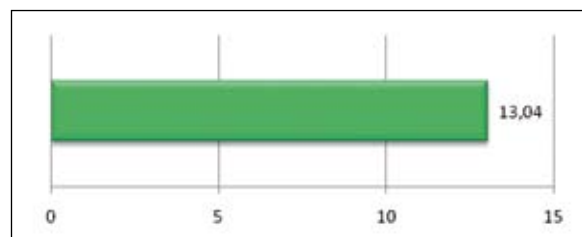


L'utilisation de la ligne par les appelants apparaît homogène, puisqu'à l'occasion d'environ 2/3 des permanences, entre 11 et 20 appels ont pu être traités.

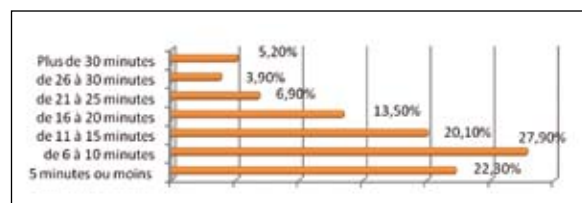
La permanence du 26 décembre 2007 a été la moins prolifique en appels traités (3), à l'inverse la ligne a connu le 13 décembre 2007 son plus grand nombre d'appels traités (62).

Par ailleurs, la durée moyenne des appels caractérise l'aspect très technique que peuvent revêtir les sollicitations des appelants :

### Durée moyenne des appels (exprimée en minutes)



### Répartition des appels selon la durée



Ainsi, si la durée moyenne de l'appel est de 13,04 minutes, la moitié environ des appels dure plus de 10 minutes, et plus d'1 appel sur 7 dépasse les 20 minutes.

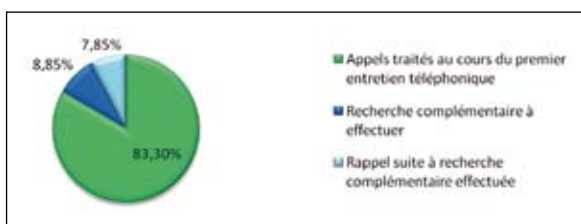
Cette durée ne prend pas en compte le temps consacré par les écoutants au renseignement systématique de la fiche d'analyse de chaque appel.



# I. Activité de Santé Info Droits

Enfin, il convient de signaler que cette durée moyenne se trouve minorée par le fait que pour les appels les plus complexes pour lesquels une réponse n'est pas trouvée dans un délai raisonnable, il est proposé aux appelants de faire une recherche complémentaire et de les rappeler. Dans ces hypothèses, le temps de recherche n'est pas comptabilisé.

## Proportion d'appels ayant nécessité une recherche hors entretien téléphonique



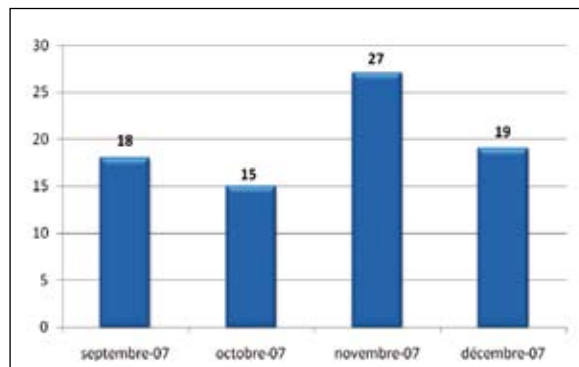
Environ 1 appel sur 10 nécessite une recherche complémentaire approfondie engendrant un rappel ultérieur en direction des utilisateurs de la ligne. Cette possibilité est souvent très appréciée par les appelants.

## B. Le service de réponse par courriel

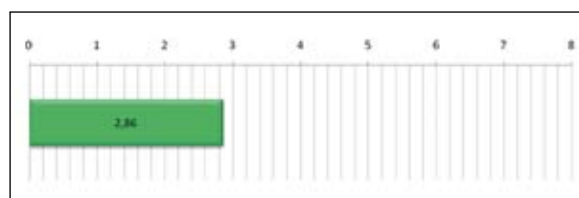
À partir de septembre 2007 a été mis à disposition des internautes, grâce à la nouvelle version du site du CISS, un service expérimental de réponses par courriel. Chacun des écoutants de Santé Info Droits met donc également ses compétences au service de la réponse en ligne afin d'offrir une information diversifiée et de répondre à un besoin identifié dès les premiers mois de fonctionnement de la ligne.

Compte tenu de la spécificité de la réponse écrite particulièrement chronophage, un délai de réponse maximum de 8 jours est annoncé à l'internaute sachant que l'équipe de répondants veille à apporter une réponse fiable dans des délais les plus brefs possibles et que ce nouveau service doit s'envisager de manière complémentaire au téléphone.

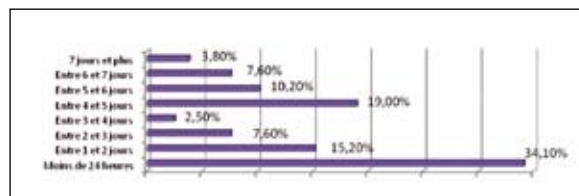
## Nombre de courriels traités



## Durée moyenne du délai de réponse (exprimée en jours)



## Répartition des réponses selon le délai



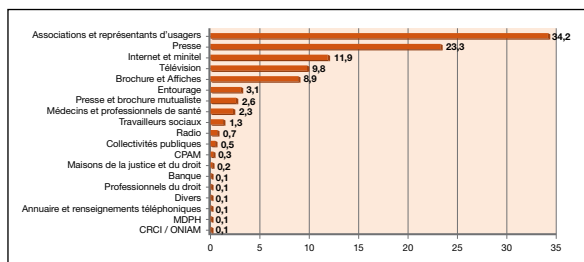
Notre engagement de réponse dans un délai de 8 jours est largement tenu dans la mesure où le délai de réponse est inférieur à 3 jours (nuits, jours fériés et week-end compris) et que tous les mails ont fait l'objet d'une réponse.



## II. Connaissance & utilisation de la ligne

### A. Mode de connaissance de la ligne

**Mode de connaissance de la ligne** (exprimé en %, total supérieur à 100 % du fait du croisement des thèmes)



Conformément à la dimension inter-assocative du Ciss, il est logique de constater que le premier vecteur de connaissance de la ligne correspond à la réorientation effectuée par différentes associations, qu'elles soient membres du CISS ou non.

**Liste des associations ou services ayant réorienté vers Santé Info Droits** (exprimée en %)

Aides	17,7
Cancer Info Service	15,7
Ligue contre le Cancer / Aidea	9,2
Divers (85 associations)	9,1
CISS	7,4
APF / Ecoute Sep	5,7
Alliance maladies rares / Maladies Rares info Services	5,2
SOS hépatites	4,9
AFM	3,1
SOS fibromyalgie	1,9
AFS	1,8
UNAFAM	1,6
AFH	1,6
FFAAIR	1,4
AFTOC	1,3
VLM	1,3
UNAF/ UDAF	1,2
Sida Info Service	0,9

Lupus France	0,9
France Parkinson	0,8
AFGC	0,6
UFC	0,6
AFP	0,5
Institut Gustave Roussy	0,5
Europa Donna	0,4
Act up	0,4
AFD	0,4
Médecin du monde	0,4
Sidaction	0,4
AVIAM	0,4
FNATH	0,4
ALBI	0,3
ANDAR	0,3
AMAP	0,3
FNAIR	0,3
Comede	0,2
Orgeco	0,2
Le lien	0,2

Cette répartition se caractérise :

- par le fait que les associations ou structures s'adressant aux personnes concernées par le V.I.H. ou le cancer tels que AIDES, La Ligue contre le Cancer, ou encore Cancer Info Service sont les vecteurs de réorientation les plus actifs vers Santé Info Droits. Ces données expliquent en partie pourquoi dans la répartition d'appels par pathologies, celles-ci sont les plus représentées. En l'espèce, l'utilisation de la ligne par les usagers est sans doute plus fortement corrélée par le mode de connaissance de la ligne que par l'existence de difficultés juridiques ou sociales propres à chaque pathologie.

- par le nombre important d'associations différentes réorientant vers notre ligne, notamment les associations relevant du champ des maladies rares.

Parallèlement à ces réorientations associatives, les modes de communication en direction du plus grand public correspondent à un vecteur non négligeable des appels puisque la presse écrite, la télévision et la radio génèrent environ un tiers des appels. Le taux de connaissance de la ligne lié aux brochures et affiches (8,86 %) peut paraître modeste. Néanmoins, ce chiffre est sans doute largement sous-évalué par le fait que les personnes interrogées à ce sujet trouvent ces brochures au sein des ➔

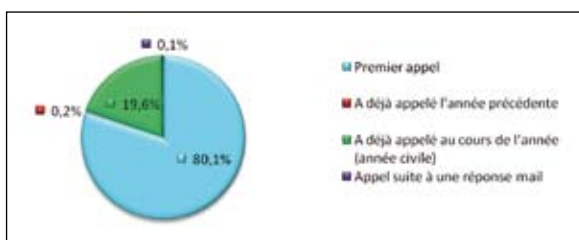
## II. Connaissance & utilisation de la ligne

associations qui sont alors prioritairement citées par les appelants comme mode de connaissance de la ligne téléphonique.

Enfin Internet représentait à la fin d'année 2007 environ 12 % des appels, une proportion tendant à augmenter depuis la mise en place de la nouvelle version Internet du CISS en septembre 2007.

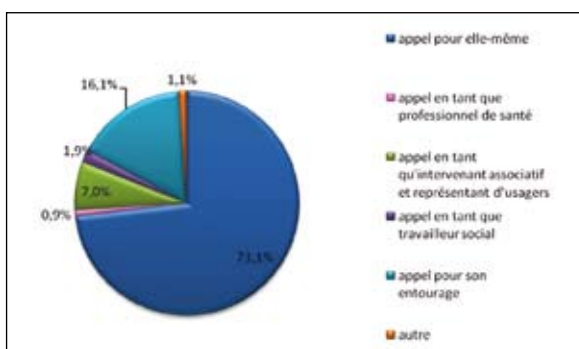
### B. Mode d'utilisation de la ligne

#### Utilisation de la ligne



Environ 20 % des appels proviennent de personnes ayant déjà sollicité la ligne et dialogué avec un interlocuteur. Dans ces hypothèses, les personnes qui nous sollicitent à nouveau le font soit sur des questions portant sur des sujets différents, soit pour nous tenir informés des suites données à leurs démarches.

#### Répartition des appels en fonction de la place de l'appelant au regard de la situation décrite



Santé Info Droits est une ligne téléphonique qui s'adresse principalement aux usagers, représentants d'usagers et intervenants associatifs. Il convient de constater que les personnes sollicitant la ligne le font prioritairement pour des situations personnelles.

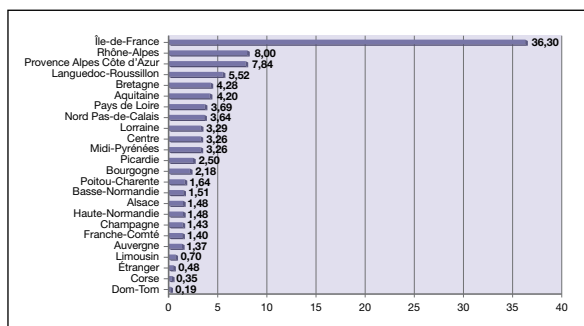
Si la part de sollicitations provenant d'intervenants associatifs et de représentants d'usagers reste relativement modeste, ces derniers appels se caractérisent par des réponses nécessitant une très grande technicité, qui occasionnent fréquemment des recherches complémentaires.



# III. Profil des utilisateurs de Santé Info Droits & des personnes concernées

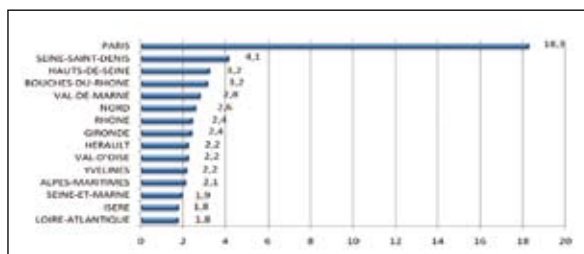
## A. Données socio-démographiques

Répartition des appels en fonction des régions de résidence des personnes concernées (exprimée en %)

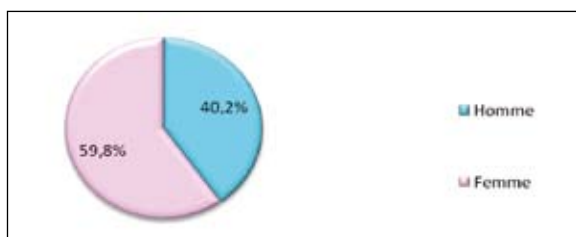


Si l'on constate une légère sur-représentation des appels provenant d'Île-de-France, environ 2 tiers des appels proviennent des autres régions conformément à la vocation nationale de la ligne.

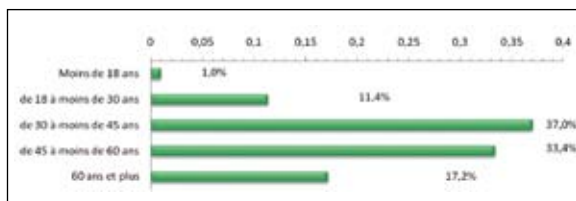
Répartition des appels en fonction des départements, pour les 15 premiers d'entre eux (exprimée en %)



Identité sexuelle des personnes concernées par les appels

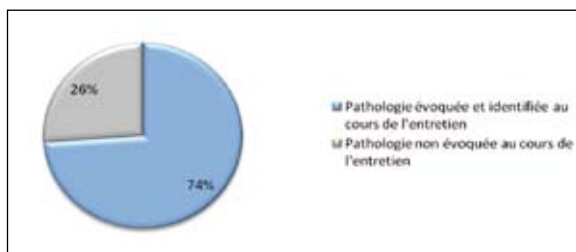


Répartition des appels en fonction de l'âge des personnes concernées par les appels



## B. Éléments relatifs à l'état de santé des appelants

Proportion d'appels pour lesquels l'état de santé de la personne concernée est évoqué et identifié



### III. Profil des utilisateurs de Santé Info Droits et des personnes concernées

**Pathologies des personnes concernées lorsque l'état de santé est évoqué** (exprimé en %, total supérieur à 100 % du fait de situations multipathologiques)

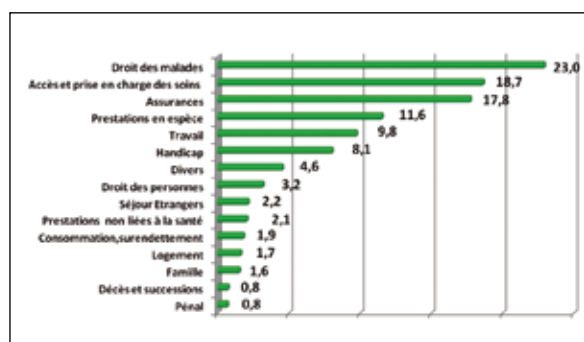
Cancer	22,24
V.I.H	12,25
Maladies du système nerveux	9,50
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	9,42
Troubles mentaux et du comportement	9,16
Maladies rares	8,97
Maladies de l'appareil digestif	4,24
V.H.C	3,89
Affections cardio-pulmonaires	3,17
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2,63
Maladies du système respiratoire	2,29
Maladies du sang	2,21
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,14
Maladies de l'œil	2,06
Affections d'origine prénatales et grossesses	1,18
Rhumatismes articulaires aigus	1,03
Maladies des artères et des veines	0,84
Maladies de peau	0,65
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,61
V.H.B	0,61
Maladies de l'oreille	0,53
Hypertension	0,38



# IV. Problématiques rencontrées par les appelants

Compte tenu du très large champ d'intervention de la ligne, il n'est pas surprenant de constater qu'à l'usage on retrouve une grande variété dans les thèmes de sollicitations.

**Répartition des appels par thématiques** (exprimée en %, total supérieur à 100 % en raison du croisement des thématiques)



Avant de rentrer plus dans le détail, quelques remarques s'imposent :

- Cette répartition revêt un caractère quelque peu artificiel au regard de la réalité des appels reçus. En effet, les questions se caractérisent par leur aspect transversal et poly-problématique. Ainsi, par exemple pour des questions portant initialement sur le versement d'indemnités journalières, il ne sera pas rare d'aborder, au-delà des règles de la sécurité sociale, des aspects relatifs au droit du travail ou du régime de prévoyance.
- Ces données sont relatives à l'ensemble des appels reçus. Cependant, si l'on examine cette même répartition en fonction des pathologies exprimées par les appelants, des différences significatives apparaissent :

	Cancer	VIH	VHC	Dépression et troubles du comportement	Maladies rares	Moyenne : ensemble des appels
Droit des malades	19,8	5,9	29,4	21,0	9,0	23,0
Accès et prise en charge des soins	11,8	7,7	4,9	7,6	15,3	18,7
Assurances	21,3	30,2	27,5	15,5	20,5	17,8
Prestations en espèce de l'assurance maladie	16,8	9,3	28,3	8,8	19,5	11,6
Travail	15,7	7,4	3,9	13,0	11,4	9,8
Handicap	4,6	4,0	4,9	10,1	19,0	8,1
Divers	2,9	5,6	1,0	6,3	4,3	4,6
Droit des personnes	1,4	5,2	1,0	13,0	1,0	3,2
Séjour des étrangers	1,5	13,6	4,9	0,4	0,5	2,2
Prestations sociales non liées à l'état de santé	3,4	2,2	0	3,4	1,4	2,1
Consommation, surendettement	2,9	2,2	0	5,0	1,9	1,9
Logement	2,0	4,0	2,0	1,3	1,9	1,7
Famille	1,2	3,4	1,0	4,6	1,9	1,6
Pénal	1,0	3,1	0	0,4	1,0	0,8
Décès et successions	1,5	1,2	1,0	0,4	0	0,8

En vert : thématiques surreprésentées au regard de la moyenne des appels.

En rouge : thématiques sous-représentées au regard de la moyenne des appels.

N'ont été retenus dans ce tableau que les pathologies ou groupes de pathologies les plus identifiés. Les spécificités constatées par rapport à telle ou telle pathologie seront évoquées ci-après.



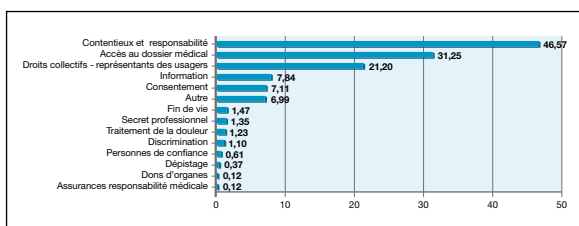
# IV. Problématiques rencontrées par les appelants

La présentation qui suit ne prétend en aucune manière traduire l'exhaustivité des sujets abordés à l'occasion des 4 102 appels de cette année 2007. Néanmoins de grandes tendances se dégagent :

## A. Problématiques liées aux questions de droit des malades

Premier sujet de préoccupation des appelants, les sollicitations sur le droit des malades représentent 23 % des appels.

### Répartition des appels de la thématique « droit des malades »



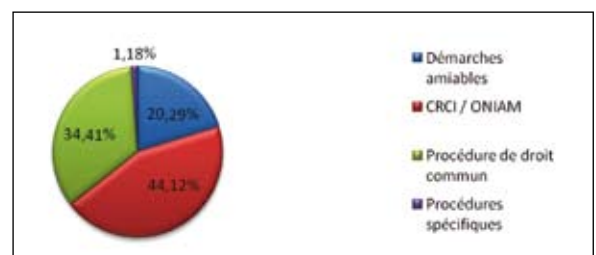
Avant de détailler plus avant les aspects les plus récurrents des appels, quelques remarques :

- Les échanges avec les appelants témoignent d'une méconnaissance importante des Commissions de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) présentes dans les établissements de santé. Si les usagers informés de l'existence de ces instances sont souvent intéressés de trouver des relais au sein de l'hôpital pour faire part de leurs plaintes et récriminations, ils montrent aussi parfois un certain scepticisme sur le résultat de ces démarches, la saisine *via* le directeur de l'établissement leur faisant craindre un traitement de leurs demandes assuré exclusivement par des professionnels et sans objectivité. Pour ces raisons, il semble nécessaire de renforcer au sein des établissements la visibilité des représentants des usagers.
- Dans les situations où une réorientation vers les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins paraît pertinente au regard de ce qui est décrit par les appelants, une majorité importante des personnes exprime une hostilité manifeste sur cette éventualité. En effet, le Conseil de l'Ordre est souvent perçu par les usagers plus comme une instance de défense des médecins qu'un organe vers lequel on peut efficacement se diriger en cas de litige. Quel que soit le bien fondé ou non de ces *a priori*, c'est une dimension psychologique à prendre en considération quand il s'agit de présenter les voies de recours

des usagers. Sans mésestimer la voie ordinaire, il convient de veiller à ce que ces recours ne soient pas exclusifs.

## 1. Contentieux, responsabilité médicale et démarches amiables

### Répartition des procédures engagées ou envisagées par les appelants



Au premier rang de sollicitations, apparaissent assez nettement les questions liées à des demandes d'indemnisation suites à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ces appels se caractérisent par la durée importante de l'entretien souvent nécessaire à une bonne compréhension du contexte.

Quelques illustrations de questions en la matière :



*Mon frère est rentré dans un établissement hospitalier en convalescence à la suite d'une intervention pour des escarres ; je pense qu'il a été très mal suivi. Il doit être emmené aux urgences d'un hôpital dans un service plus spécialisé. Je souhaite porter plainte ou engager la responsabilité de l'établissement car ce qui s'est passé n'est pas admissible. Comment dois-je procéder pour aider mon frère ?*



*Je me suis fait opérer à la clinique X pour un glaucome et on m'avait dit qu'il n'y avait pas de danger, il y a eu une complication et je suis parti par mes propres moyens à l'hôpital Y. Un médecin m'a opéré de l'œil à nouveau et m'a sauvé l'œil, je suis toujours en arrêt aujourd'hui. J'ai vraiment été mal soigné à la clinique X qui en plus ne m'a jamais alerté sur les risques de l'opération. Que puis-je faire ?*

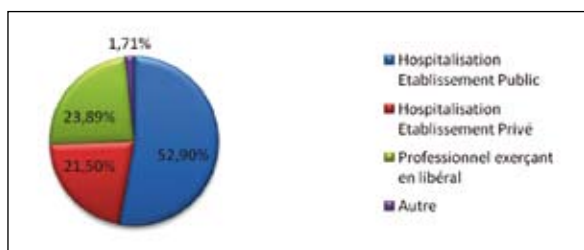


*J'ai été opéré il y a 14 ans, on devait m'enlever un morceau d'estomac. Depuis j'ai eu plein de problèmes de santé et je viens d'apprendre qu'on m'avait enlevé pratiquement tout l'estomac. Il s'agit d'une erreur médicale et mon médecin me conseille d'engager une action mais je n'ai pas d'argent. Je suis très en colère parce que c'est vraiment trop dur, je n'ai pas beaucoup de revenus et personne ne nous aide alors qu'il s'agit d'une erreur médicale. J'ai déjà mes dossiers médicaux, c'est comme ça que j'ai su qu'on m'avait enlevé presque tout l'estomac.*

Beaucoup d'appels reçus interviennent très en amont des procédures éventuelles. La ligne téléphonique constitue alors pour les personnes une première source d'information en la matière. Ainsi, il est très fréquent de constater la méconnaissance des appelants au sujet du dispositif des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). Ces appels permettent alors d'explicitier les différentes procédures existantes et de fournir aux usagers des points de repère essentiels.

En ce qui concerne les lieux dans lesquels les actes litigieux auraient été commis, il s'agit majoritairement d'interventions effectuées dans le cadre des hôpitaux publics :

### Contentieux et responsabilité – lieu d'intervention de l'acte en cause

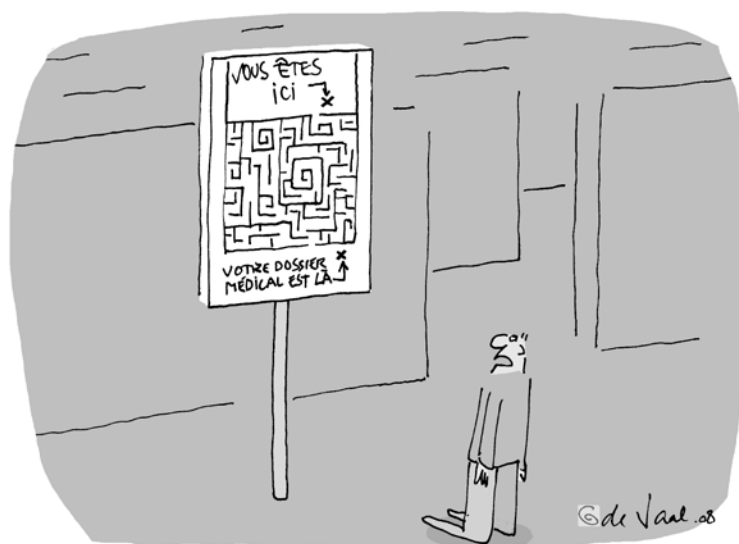


Des échanges avec les appelants il ressort principalement :

- que certaines démarches contentieuses relèvent plus souvent d'un manque de dialogue et d'explications de la part des professionnels que d'une réelle volonté d'obtenir une réparation,
- que la date retenue (actes médicaux postérieurs au 4 septembre 2001) pour pouvoir saisir la CRCI est vécue très douloureusement par les personnes concernées. C'est notamment le cas de beaucoup de personnes contaminées par l'hépatite C qui sont ainsi renvoyées devant les juridictions de droit commun,
- que les critères de recevabilité pour être indemnisé par la CRCI (pour mémoire : taux d'incapacité permanente partielle supérieure à 24 % ou durée d'incapacité temporaire de travail

supérieure à 6 mois ou trouble particulièrement grave dans les conditions d'existence) montrent leurs limites. Ainsi, le taux d'incapacité permanente partielle apparaît comme un seuil trop restrictif et la notion d'incapacité temporaire de travail est problématique pour des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle tels les étudiants et les retraités. Cela est d'autant plus dommageable que le dispositif des CRCI est vécu fréquemment par les victimes comme un soulagement puisqu'il permet de s'éviter une procédure civile ou administrative et qu'il constitue une alternative satisfaisante aux procédures juridictionnelles.

## 2. Accès aux informations médicales



Mesure emblématique de la loi de 2002 sur le droit des malades, il est frappant de constater à quel point les modalités d'accès au dossier médical restent mal connues par les usagers.

Ainsi dans une enquête flash du mois de décembre 2007 sur ce sujet, nous avons pu constater que **72,9 %** des appelants de la ligne nous disaient ignorer les modalités d'accès au dossier médical et qu'une majorité des personnes interrogées (**54,5 %**) pensait qu'une demande de dossier médical devait forcément transiter par l'intermédiaire d'un médecin.

Dans ce contexte, on comprendra aisément que la majorité des appels sur le sujet soit constituée par des demandes relativement basiques sur la procédure à suivre pour obtenir son dossier médical.

Néanmoins les témoignages ci-dessous illustrent parfois de réelles interrogations ou difficultés :



## IV. Problématiques rencontrées par les appelants



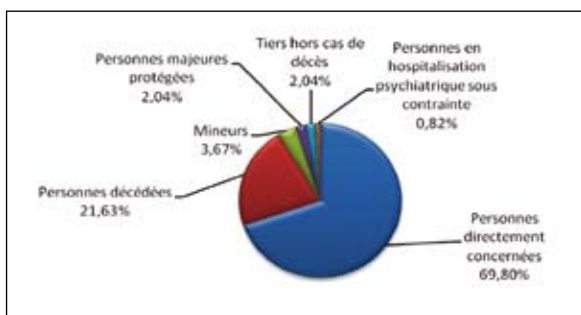
*J'ai fait une demande de dossier médical. L'hôpital m'a adressé un compte rendu d'hospitalisation mais non l'intégralité de mon dossier. Est-ce normal ?*



*J'ai de gros problèmes pour avoir accès à mon dossier médical. L'intervention a eu lieu début décembre 2006 et j'ai envoyé une lettre en bonne et due forme. Refus de l'hôpital qui me dit que ma demande n'est pas prioritaire. La secrétaire du médecin m'a dit qu'il est marqué sur le dossier informatique « ne pas communiquer le dossier médical ». L'information est de plus nécessaire d'un point de vue thérapeutique. Les médecins n'ont pas réussi non plus à avoir l'information.*

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pourrait penser, la demande formelle d'accès au dossier médical est souvent déconnectée d'une volonté d'intenter une action en responsabilité. Elle vient souvent se substituer à une absence de dialogue entre le professionnel de santé et le patient.

Les difficultés en matière d'accès au dossier médical se manifestent plus particulièrement pour les demandes d'accès au dossier médical effectuées par des ayants droit de personnes décédées.



Ainsi, ces demandes correspondent à plus d'un appel sur cinq de la typologie « demandes relatives à la communication des informations médicales ». Les extraits d'appels suivants témoignent de la nature des obstacles rencontrés :



*Mon compagnon avec lequel je n'étais pas mariée est décédé à l'hôpital. J'ai fait une demande pour avoir accès à son dossier médical car les circonstances de son décès m'apparaissent suspectes. L'hôpital m'a refusé la communication de ces informations en me disant que je n'étais pas ayant droit puisqu'il n'y a pas eu de testament. C'est vrai que sa mort a été tellement brutale ! Que dit la loi et que faire ?*



*Je vous appelle concernant le décès de notre fille. Elle était enceinte de 7 mois et demi. Elle est décédée brutalement à son appartement. Les soins prodigués par les services de secours pompiers et le SMUR furent vains. La cause du décès est du domaine de l'incertitude sans diagnostic... Nous, parents et son mari, avons été écartés autoritairement de la pièce par le SMUR. Nous n'avons donc pas été au côté de notre fille livrant son ultime combat pour sauver sa vie et celle de son bébé... Nous n'avons donc rien vu, rien entendu, ni su... Que le strict minimum de circonstance de la part des intervenants. Nous n'avons pas accès aux rapports d'intervention des pompiers et SMUR ni au dossier médical détenu par la maternité. Seul l'époux, ayant droit direct, y est autorisé. Lui ne veut plus en entendre parler mais nous on en a besoin pour faire notre deuil.*



*J'appelle car on a demandé le dossier médical de mon fils qui est décédé en novembre 2006. En effet, personne ne nous a expliqué ce qui était arrivé. Le médecin médiateur de l'hôpital nous a reçus et nous a dit qu'il ne pouvait pas nous transmettre le dossier car notre belle-fille ne voulait pas. J'ai appelé l'ordre des médecins qui m'a dit que ma belle-fille ne peut pas refuser. Je ne comprends pas et je vis très mal de ne pas savoir. Ma belle fille me dit que ça nous fera plus de mal que de bien de savoir mais moi je ne vis plus.*



*Je ne comprends pas. J'ai fait une demande de dossier médical de mon époux décédé. Je m'attendais à recevoir l'intégralité de son dossier médical car il est important pour moi d'être sûre de connaître les causes de sa mort. Je n'ai reçu que très peu d'éléments, comment savoir si l'hôpital m'a vraiment donné tous les éléments nécessaires.*

Pour une meilleure compréhension des enjeux un petit rappel juridique s'impose :

L'article L1110-4 du code de la santé publique édicte que « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* ».

La jurisprudence du Conseil d'État, puis un arrêté du 3 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 5 mars 2004 sont venus apporter une lecture très restrictive de cet article, et ce, sur deux sujets :

- **La question des ayants droit :**

L'arrêté précise qu'« *en ce qui concerne la portée de la qualité d'ayant droit, il s'agit dans tous les cas des successeurs légaux du défunt, conformément au code civil, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé* ».

Cette définition a pour effet d'exclure de l'accès au dossier médical par exemple les concubins ou les personnes pacées qui n'auraient pas établi de testament. Au-delà des conséquences individuelles qu'une telle interprétation peut entraîner, ces restrictions posent également un problème de cohérence puisque ces mêmes personnes au regard de la jurisprudence ont éventuellement qualité et intérêt à agir en justice. Priver ces personnes de l'accès au dossier médical revient à entraver sérieusement leurs possibilités de recours.

- **L'étendue des informations communiquées :**

L'article L1110-4 du code de la santé publique dispose qu'un ayant droit doit justifier des raisons motivant sa demande de communication de dossier médical, la loi fixant limitativement trois cas de figure (connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits).

L'arrêté du 3 janvier 2007 prévoit que l'ayant droit qui se trouve dans cette situation a accès aux seuls éléments du dossier médical nécessaires à la réalisation d'un tel objectif. Concrètement, cela signifie que le détenteur des informations médicales est en situation de faire un tri parmi les éléments qu'il transmet. Le caractère éminemment subjectif de ce tri peut largement porter à discussion et laisse la porte ouverte, à tort ou à raison, à d'éventuels soupçons.

Dans les faits, l'application de ces textes est ressentie par les demandeurs comme un déni d'accès au dossier médical de leurs proches.

Si l'on comprend bien qu'en la matière un équilibre entre respect de la vie privée du défunt et respect de la volonté des proches d'avoir accès aux informations médicales est à rechercher, on peut sérieusement s'interroger sur le fait de savoir si le curseur entre ces deux équilibres est positionné correctement.

### 3. Information et consentement

Ces deux notions, très étroitement liées, représentent environ 15 % des appels relatifs à la thématique des droits des malades (hors accès au dossier médical).

Ce chiffre est également minoré par le fait que, statistiquement, les dépassements d'honoraires qui relèvent partiellement de ces notions sont comptabilisés dans la partie consacrée à « *l'accès aux soins et la prise en charge* » (voir plus loin).

Par ailleurs, les appels en la matière se caractérisent par une très grande hétérogénéité liée souvent à la complexité du contexte des situations. Cet extrait de mail reçu en est un exemple :



*Nous voudrions connaître votre avis concernant un événement extrêmement malheureux.*

*Ma mère est décédée l'année dernière. Après une chute dans sa maison elle était admise dans un centre hospitalier en France et dans un état très dépressif elle a exprimé le désir de mourir et refusait de s'alimenter – d'après le docteur traitant. Alors le docteur a décidé de « respecter son désir » de partir... cela sans aucune consultation préalable avec nous, sa famille la plus proche ni aucune information à cet effet avant notre rencontre avec le docteur, qui a eu lieu à peu près une semaine avant son décès.*

*Nous habitons à l'étranger et quand nous nous sommes précipités à son chevet dans l'hôpital, c'était déjà trop tard. Suite à son décès nous avons reproché l'hôpital à cause de leur comportement à notre égard. Ils se sont défendus en nous signalant qu'« en effet, en tant que médecin spécialisé en soins palliatifs, le docteur attache toujours dans d'aussi douloureuses circonstances une très grande importance à l'accompagnement des familles. »*

*Nous ne sommes pas convaincus par ces explications.*

*Vers qui se diriger ?*

### 4. Les droits collectifs et les questions liées aux représentants d'utilisateurs

Ces questionnements concernent prioritairement les aspects relatifs au statut des représentants d'utilisateurs (autorisations d'absence pour siéger, indemnisation des frais de transport, congés-formation...), le fonctionnement des instances ainsi que la question des agréments des associations de malades et d'utilisateurs du système de santé.



# IV. Problématiques rencontrées par les appelants

Naturellement, ces questions relatives aux droits collectifs émanent principalement de représentants d'usagers et d'intervenants associatifs.

Les extraits d'appels ci-dessous permettent de mieux appréhender la nature des questions posées en la matière :



*Bonjour je suis président d'une association et nous avons fait une demande d'agrément. Nous venons de recevoir une décision de refus de la part de la commission. Quels sont les critères retenus ?*



*Un de nos représentants des usagers dans une CRUQPC, fonctionnaire, s'interroge sur ses droits concernant les autorisations d'absence lui permettant d'assister aux réunions des instances dans lesquelles elle siège.*

*Pouvez-vous nous transmettre des informations à ce sujet, des expériences d'une personne dans la même situation, des textes, sur le congé représentation, les droits, les démarches auprès de l'employeur ?*

*Cette personne est en activité et ne veut pas utiliser ses congés payés pour remplir son mandat de représentant.*



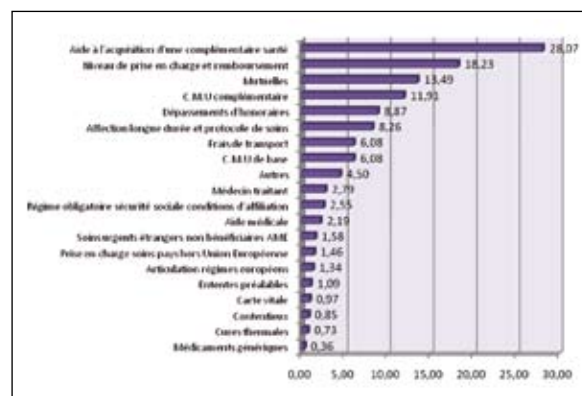
*Je suis à la recherche d'un texte pour savoir s'il existe des incompatibilités à siéger dans une CRUQPC comme cela existe pour les conseils d'administration des hôpitaux.*

Ainsi, parmi les difficultés mises particulièrement en évidence figurent :

- l'absence de mise en œuvre pratique du congé-représentation pourtant prévu par la loi,
- la question plus spécifique du congé représentation en direction des fonctionnaires. En effet, l'article L1114-3 du code de la santé publique qui est l'article de référence en la matière vise spécifiquement les « salariés »,
- la question non résolue du congé-formation.

## B. Problématiques liées aux questions « d'accès et de prise en charge des soins »

Les appels rentrant dans le champ de cette thématique représentent 18,7 % des sollicitations. Il convient de préciser que les questions soulevées couvrent notamment les domaines liés à la prise en charge des prestations en nature par les organismes de sécurité sociale, les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, les interrogations au sujet des mutuelles, les protocoles de soins pour les personnes en affection longue durée, la Couverture Maladie Universelle, l'aide à l'acquisition de complémentaire santé, l'Aide Médicale d'État...



À travers ces appels, certes marqués par une très grande diversité, de grandes tendances se dégagent.

### 1. Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Ces questions ont fait l'objet de nombreuses sollicitations. Il s'agissait essentiellement de demandes d'informations sur le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé qui permet aux personnes disposant de ressources dépassant de moins de 20 % le plafond prévu pour bénéficier de la CMU complémentaire, de bénéficier d'une aide financière ayant pour effet de prendre en charge partiellement le coût d'une mutuelle ou assurance complémentaire. Il ressort de ces appels :

- Une mauvaise connaissance de ce dispositif par les bénéficiaires potentiels. Il est vrai que les changements de dénominations successifs (crédit d'impôt, puis aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et enfin chèque santé) n'en facilitent pas la lisibilité.

- Le mode de calcul du plafond de ressources pour savoir si l'on peut ou non bénéficier de cette aide est problématique. En effet, est appliqué ce qui est appelé le « forfait logement ». Cela signifie qu'on intègre fictivement dans les ressources des personnes bénéficiant d'un logement à quel que titre que ce soit, une somme dépendant de la composition du foyer. Si d'une certaine manière, cela permet d'afficher des plafonds de ressources apparemment plus élevés, ce mode de calcul nuit fortement à une bonne compréhension du dispositif par les bénéficiaires potentiels.
- Une très grande réactivité du public concerné dès lors que cette question faisait l'objet d'une information grand public notamment par le biais du média télévisuel.
- Si l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé existe pour limiter l'effet de seuil lié à l'application du plafond de la CMU complémentaire, un nouvel effet de seuil a été créé. Ce seuil est sans doute trop bas. Il exclut de fait une frange importante de la population pour laquelle l'accès pourtant essentiel à une couverture complémentaire est largement entravé par les contraintes financières pesant sur les ménages aux revenus modestes.
- Au regard de l'expression des usagers nous sollicitant, le montant des aides (de 100 à 400 euros annuels suivant l'âge des bénéficiaires) ne permet pas pour autant aux personnes d'envisager d'avoir recours à une couverture complémentaire. Dans les faits, ce sont plus souvent les personnes bénéficiant déjà d'une telle couverture qui expriment un regard positif sur ce dispositif.
- Enfin, à l'occasion des nombreux appels sur le sujet, nous avons pu nous apercevoir en examinant la situation financière des appelants que ceux-ci répondaient sans le savoir aux critères nécessaires pour bénéficier de la CMU complémentaire, ce qui semble, là encore, témoigner d'un manque d'information.

## 2. Niveau de prise en charge et remboursement par l'assurance maladie

On peut se douter que derrière ces interrogations se manifestent des situations extrêmement diverses. Au-delà de ces questionnements individuels s'expriment inquiétude et colère : celles de ne plus pouvoir faire face à des dépenses de santé inévitables. Le témoignage suivant en est l'illustration :



*On parle actuellement de mise en place de franchises. Savez-vous si elles concerneront les personnes comme moi en affection longue durée et en arrêt-maladie ? Si oui, je ne sais pas comment je vais faire pour y arriver. On entend responsabilité, cela veut dire que je suis responsable d'être malade ? On entend solidarité cela veut dire que c'est moi très malade qui dois être solidaire avec d'autres très malades ? On nous dit que ce n'est qu'un euro mais on oublie tout le reste, la participation qui existe déjà et le forfait hospitalier, on oublie qu'on perd de son salaire quand on est en arrêt-maladie, moi je ne l'oublie pas parce que c'est ce que je vis tous les jours !*

## 3. Mutuelles et assurances complémentaires

Les attentes des usagers en la matière se manifestent prioritairement par la recherche d'éléments de comparaison des garanties et des tarifs proposés par les différents organismes.

Les sollicitations en la matière démontrent une réelle difficulté pour les personnes concernées de comparer les garanties proposées, la définition de celles-ci étant propres à chaque structure.

## 4. CMU complémentaire

Au-delà des questions relatives au seuil de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire, des situations de refus de soins à l'encontre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (ou de l'Aide Médicale d'État) ont pu être identifiées.

Rappelons en effet, que pour ces bénéficiaires la loi impose à tous les praticiens, quel que soit leur secteur, de pratiquer pour le soin qu'ils dispensent le tarif conventionnel.

Alors que les textes prévoient un certain nombre de recours contre cette inacceptable discrimination (Conseils Départementaux de l'Ordre, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, HALDE, juridictions pénales), les personnes informées de ces possibilités restent dans le meilleur des cas très sceptiques quand au fait d'engager de telles procédures. Les principales craintes ou réserves exprimées relèvent essentiellement de la question de la preuve et de l'*a priori* négatif sur l'effectivité des différents recours possibles.

Les personnes discriminées se sentent engagées dans un rapport asymétrique défavorable avec le professionnel coupable de refus de soins. Cet état de fait constitue un frein à la dénonciation efficace de ces pratiques. Il ne pourra y avoir une réelle modification de ces pratiques qu'à la faveur d'un ➔

## IV. Problématiques rencontrées par les appelants

accompagnement rapproché des associations dans les recours notamment en utilisant la possibilité de saisine directe.

### 5. Dépassements d'honoraires



Cette question n'a pas fait l'objet de demandes régulières tout le long de l'année. En effet les appels sur ce sujet se caractérisent plus que pour d'autres par une très grande sensibilité à l'actualité. Dans ce contexte, la visibilité du CISS sur ce sujet aura généré ponctuellement des pics de sollicitations. En voici certains qui retranscrivent les interrogations des appelants en la matière :



*Je m'interroge sur la légalité des dépassements d'honoraires par rapport à une intervention concernant une cataracte. Le professionnel ne m'a pas averti préalablement.*



*Je viens de lire un article dans le journal. Je voudrais parler des dépassements d'honoraires. Je ne souhaite pas les payer car le chirurgien a raté un de mes pieds!*



*Ma mère a été hospitalisée dans une clinique et la clinique a demandé à ma mère de signer un document dans lequel elle acceptait un dépassement d'honoraires elle a refusé de signer. Or la clinique lui demande de payer cette facture. En plus, ce ne sont pas les médecins initialement prévus qui ont effectué les soins. Comment faire ?*

En dehors de ces questionnements sur la légalité des pratiques liées aux dépassements d'honoraires, il ressort que :

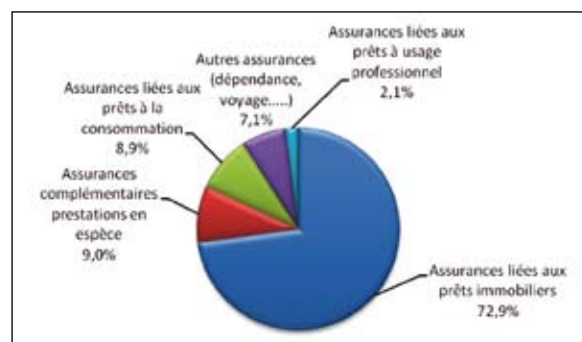
- dans beaucoup de situations, l'information préalable concernant les tarifs et l'étendue de la prise en charge des soins par l'assurance maladie et les organismes complémentaires n'est pas ou est mal réalisée,
- dans certaines zones géographiques les appelants expriment l'idée qu'ils ne sont pas en situation de faire un choix car ils ne trouvent pas de spécialistes en secteur 1. Dans ces circonstances et suivant la situation financière et sociale des usagers le renoncement aux soins est parfois évoqué,
- un lien est parfois fait par les appelants entre dépassements d'honoraires et qualité des soins. Pour cette raison, il est fréquent que les questions des dépassements d'honoraires surgissent à l'occasion d'interventions ayant occasionné des préjudices,
- les appelants ne se sentent pas toujours en situation d'opposer les textes légaux aux praticiens concernés. La crainte de se mettre « le professionnel à dos » est très souvent exprimée.

## C. Problématiques liées aux questions d'assurances et d'accès aux prêts

Sur les 4102 appels traités cette année sur la ligne **près de 18 %** concernaient des appels concernant cette thématique.

Naturellement, dans le cadre de ces interrogations, les questions autour d'AERAS et de son application constituent l'énorme majorité de ces appels :

### Thématique assurances : répartition des appels selon l'objet de l'assurance



## 1. L'accès aux emprunts immobiliers et les emprunts à usage professionnel

Avant de rentrer dans le détail, il convient de revenir sur quelques éléments de compréhension concernant la convention AERAS.

Cette convention signée entre représentants des assurances, des banques, l'État et les associations a pour but de favoriser notamment l'accès aux emprunts immobiliers et les prêts à usage professionnel des personnes concernées par un risque dit à caractère aggravé.

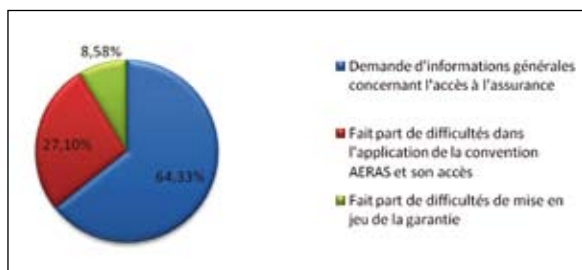
En effet, le concours à un dispositif de ce type a été rendu nécessaire par les pires difficultés que rencontraient les intéressés pour accéder à l'assurance et *in fine* à l'emprunt.

Suite à la mise en place de la convention AERAS en janvier 2007 et à l'encadrement législatif l'accompagnant, les appels reçus sur la ligne permettent de dresser un premier état des lieux de l'application du dispositif.

Parmi les différentes sollicitations, il convient de distinguer à quel moment de leur projet les personnes utilisent les services de Santé Info Droits.

Conformément à la mission d'information de la ligne téléphonique, la majorité des appels correspondent à des demandes d'information sur le dispositif AERAS, les personnes anticipant d'éventuelles difficultés compte tenu de leur état de santé ou de leur expérience.

### Répartition des appels suivant l'objet des demandes ou témoignages des appelants en ce qui concerne l'accès à l'assurance

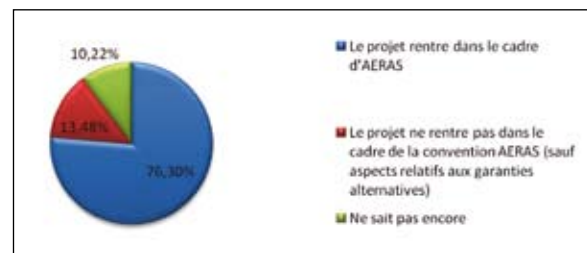


Quel que soit le moment où la ligne téléphonique est actionnée, les appelants sont en grande majorité en capacité de définir assez précisément le contour de leur projet ce qui permet de vérifier l'adéquation entre les conditions d'application de la convention AERAS et les projets des personnes.



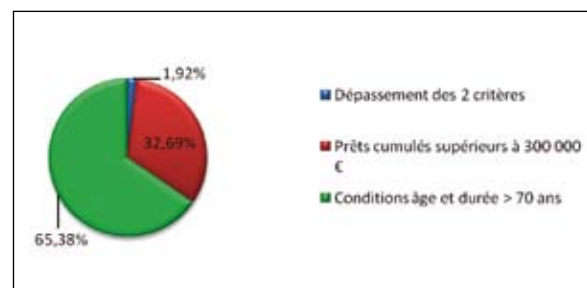
### Répartition des projets suivant qu'ils rentrent ou pas dans le cadre de la convention AERAS

(conditions liées au montant des emprunts en cours, à leur durée et à l'âge des emprunteurs)



Point plutôt positif, une part significative des projets immobiliers correspond bien au champ d'application de la convention (ensemble des prêts en cours ne dépassant pas 300 000 euros et âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excédant pas 70 ans).

### Raisons pour lesquelles le projet ne rentre pas dans le champ d'application de la convention

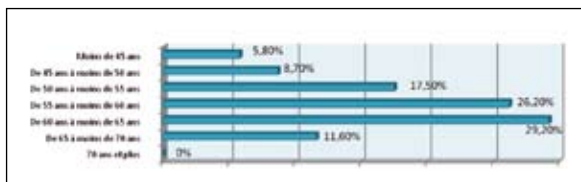


Quand le projet n'est pas susceptible de satisfaire aux conditions prévues par la convention, ce sont principalement les conditions combinées d'âge et de durée qui posent difficultés (environ 2/3 des cas). Pour ces hypothèses, l'âge moyen des personnes concernées par le prêt est de 57,24 ans.



# IV. Problématiques rencontrées par les appelants

## Âge des personnes pour lesquelles le prêt ne serait pas remboursé à l'âge de 70 ans



Par ailleurs, on peut constater que c'est souvent la présence de crédits relais qui explique le dépassement de la condition relative aux 300 000 euros.

Enfin, il apparaît que sur les rares sollicitations ayant trait aux prêts à usage professionnel, ce même seuil semble peu adapté du fait du montant des sommes à emprunter.

Au-delà des appels relevant strictement d'une demande d'information, une part non négligeable des sollicitations en la matière (27,10 %) laisse apparaître des difficultés d'accès ou d'application de la convention.

### Dans le détail ces complications se manifestent ainsi :

Refus ou ajournement pour raisons médicales	31,1 %
Absence d'information du professionnel sur le mécanisme en général	11,1 %
Défaut de motivation du refus	10,0 %
Délais d'instruction de la demande non respectés par l'assurance	7,2 %
Contestation ou incompréhension liée au taux de surprime	5,6 %
Défaut d'information sur le mécanisme de mutualisation	5,0 %
Refus des garanties alternatives	4,4 %
Problème concernant l'étendue de la garantie invalidité	4,4 %
Refus de principe de la banque d'accepter la délégation d'assurance	3,3 %
Refus préalable exprimé par la banque	3,3 %
Non-respect de la confidentialité	2,8 %
Projet ne rentrant pas dans le cadre de la convention AERAS	2,2 %
Non-identification de la difficulté	2,2 %
Organisme se déclarant non-signataire de la convention AERAS	1,7 %
Refus de la banque car l'assurance ne comporte pas de couverture du risque incapacité temporaire	1,7 %
Attitude de la banque empêchant la possibilité pour l'emprunteur d'anticiper sur sa recherche d'assurance	1,1 %
Refus de la banque de communiquer les coordonnées de son assurance	0,6 %
Refus de la part d'une autre assurance de réétudier le dossier dans un délai de 4 mois	0,6 %

Défaut d'information concernant les coordonnées de la commission de médiation	0,6 %
Exigence que les 2 co-emprunteurs soient assurés à 100 % avec pour conséquence un dépassement du seuil d'endettement	0,6 %
Exclusion du risque décès lié à toute pathologie	0,6 %

Les appelants sont en général très surpris de se voir opposer un refus pur et simple ou un ajournement. En effet, beaucoup d'entre eux ont compris ou conçoivent le mécanisme AERAS comme un droit à l'assurance. Au regard du nombre non négligeable d'appels relatant des refus cela est évidemment loin d'être le cas.

En dehors de ces refus liés directement à l'évaluation de la situation médicale des intéressés, d'autres difficultés plus marginales émergent. Beaucoup d'entre elles relèvent de défaut d'information et/ou de conseil de la part des professionnels.

Par ailleurs, quand des propositions sont faites, celles-ci sont assorties de surprimes dont le montant peut mettre en péril le projet lui-même.

Enfin, alors que la convention prévoit la possibilité pour les personnes d'être couvertes partiellement pour le risque invalidité, cette garantie est rarement proposée.

Afin d'avoir une vision plus précise des carences sur ces points, il convient de se référer à notre « *enquête flash* » sur l'application de la convention AERAS portant spécifiquement sur les appels reçus entre le 1<sup>er</sup> juin et le 30 septembre 2007.

Rappelons que, lors de cette enquête, le regard porté par les personnes concernées sur le dispositif et son application revêtait un caractère assez largement péjoratif puisqu'à la question « *Êtes-vous satisfait des modalités d'accès à l'assurance et à l'emprunt au regard de votre situation médicale ?* », la réponse des personnes interrogées était très majoritairement négative :

	Ensemble des appelants concernés par un projet immobilier ou à usage professionnel (93)	Appelants ayant reçu une réponse négative de la part d'une assurance (20)	Appelants ayant reçu une réponse positive de la part d'une assurance (18)
Oui, tout à fait	0	0	0
Oui, plutôt	3,2	0	5,6
<b>Sous-total OUI</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>	<b>5,6</b>
Non, plutôt	31,6	15,0	44,4
Non, pas du tout	46,3	85,0	38,9
<b>Sous-total NON</b>	<b>78,0</b>	<b>85,0</b>	<b>83,3</b>
Ne se prononce pas	17,8	0	11,1

Les témoignages suivants illustrent comme cette question de l'accès à l'assurance et à l'emprunt immobilier est très sensible et douloureusement ressentie :



*Je ressens très mal ce qui se passe, j'étais confiant, je suis tombé des nues après le refus, c'est très injuste...*



*Quand on est dans la difficulté, on nous enfonce encore plus.*



*Ma situation médicale s'était beaucoup améliorée, depuis cette réponse de l'assurance j'ai replongé dans ma condition de personne malade.*



*Mon assurance me parle de solidarité, « ils » devraient nous défendre et au contraire « ils » nous enfonce, je ne devrais pas avoir affaire à vous ; j'aurai préféré un refus catégorique plutôt qu'une soit disant entraide, on devrait les attaquer pour tromperies car dans toutes leurs documentations, ils parlent d'entraide et de solidarité.*



*J'ai une image des assurances : c'est zéro risque, je n'ai pas confiance !*



*Je suis très énervé, c'est de la discrimination !*

Le tableau dressé ici de la convention AERAS apparaît particulièrement sombre. Ce propos est toutefois à nuancer :

- les personnes rencontrant des obstacles dans leurs projets sont naturellement celles qui sont le plus enclines à nous solliciter,
- à travers certains appels, on peut également s'apercevoir que certains candidats à l'assurance qui, avant l'existence d'AERAS, se seraient vu opposer un refus pur et simple, reçoivent des propositions de nature à mener à bien leur projet immobilier ou professionnel.

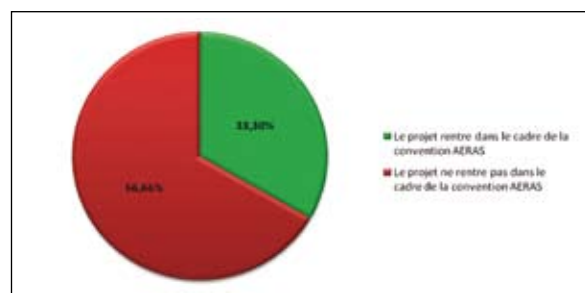
Quelle que soit l'appréciation que l'on peut porter sur le dispositif et son application, le sentiment qui prédomine est qu'AERAS ne saurait être considéré comme une fin en soi, le chemin restant à parcourir pour mettre fin à ces discriminations légales étant conséquent.

## 2. Les appels concernant les prêts à la consommation

La convention AERAS concerne également les prêts à la consommation.

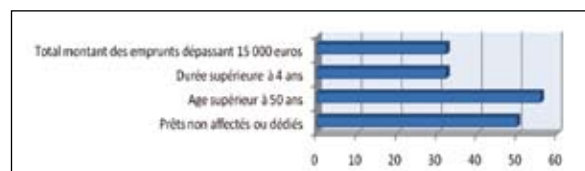
Ces appels représentent 8,9 % des sollicitations relatives aux assurances et à l'accès aux prêts.

### Prêts à la consommation : proportion des projets éligibles aux dispositions de la convention



En ce qui concerne les prêts à la consommation, le caractère plus restrictif des critères (prêts affectés ou dédiés, emprunts en cours limités à 15 000 euros, durée du prêt ne dépassant pas 4 ans et pour les emprunteurs ne dépassant pas 50 ans) explique que la très grande majorité des appels sur le sujet concerne des projets pour lesquelles la convention AERAS est silencieuse. Les causes de non-éligibilité des projets sont les suivantes :

### Causes de non-éligibilité au dispositif AERAS pour les prêts à la consommation (données exprimées en %)



Par ailleurs, il convient de signaler que les sollicitations dépassent le plus souvent la question de l'accès à l'assurance dans la mesure où les obstacles rencontrés par les appelants s'analysent en premier lieu par des difficultés tenant soit à la solvabilité des emprunteurs, soit à la nature de leurs ressources (Allocation Adulte Handicapé ou pension d'invalidité). À cet égard, ces pratiques bancaires peuvent s'apparenter à des discrimina- ➔

## IV. Problématiques rencontrées par les appelants

tions pénalement sanctionnables puisqu'il n'y a aucune raison rationnelle de considérer la pension d'invalidité de manière différente d'un salaire : ces deux revenus étant saisissables dans les mêmes proportions.

Pour revenir plus spécifiquement à l'application de la convention, en ce qui concerne les prêts à la consommation, l'application de la convention AERAS se manifeste de manière invisible puisqu'elle se traduit par la disparition des questionnaires de santé. Les bénéficiaires de la convention ne s'aperçoivent donc pas de son application.

Nous n'avons pas recensé sur notre ligne des appels laissant penser que la convention AERAS ne serait pas respectée sur les aspects relatifs aux prêts à la consommation. En effet, nous n'avons pas constaté de présence de questionnaires médicaux pour les projets remplissant les 4 conditions prévues par la convention.

### 3. Autres difficultés d'accès aux assurances

Les témoignages reçus sur la ligne démontrent que pour les personnes malades ou en situation de handicap, les difficultés d'accès aux assurances ne se limitent pas aux assurances couvrant les prêts immobiliers ou les prêts à la consommation. Ainsi, 1/6 environ des appels relatifs aux assurances concernent des assurances pour lesquelles il n'y a pas de dispositifs comparables à AERAS.

En effet, que cela se traduise par des refus d'assurances ou des exclusions de garantie, le nonaccès à certains types d'assurances peut s'avérer extrêmement préjudiciables pour les personnes concernées. À cet égard, on peut tout particulièrement citer :

- La situation de certains professionnels indépendants qui se voient refuser l'accès à des assurances prévoyance qui leur garantiraient un revenu de remplacement en cas d'arrêt d'activité lié à la maladie. Ce témoignage en est l'illustration :



*J'ai découvert récemment que je suis séropositif. Je suis architecte et en me renseignant je viens de m'apercevoir que le régime des architectes est catastrophique quand on est malade. J'ai voulu me rapprocher d'assurances prévoyance afin de pouvoir faire face au cas où. On me refuse de partout ! Si je suis malade je dois mettre les clefs sous la porte ?*

- On retrouve cette même difficulté pour les salariés ne bénéficiant pas au sein de leur entreprise d'un contrat de groupe obligatoire.

- Les assurances voyage et rapatriement qui excluent généralement de leurs garanties les conséquences de pathologies non inopinées.
- Le nonaccès aux assurances-vie (en cas de décès) et assurances-dépendances.

### 4. Les difficultés de mise en jeu de garantie

Les appelants sollicitent également la ligne pour les litiges rencontrés au moment de la mise en jeu de la garantie. Schématiquement on peut distinguer deux types de difficultés :

- Les litiges où la fausse déclaration éventuelle du souscripteur est avancée par l'assurance. En voici un exemple :



*J'ai été opéré d'une hernie discale. Je suis artisan et en arrêt-maladie depuis le mois d'octobre. J'avais souscrit une assurance et j'ai été vu par leur médecin. Ils refusent de me verser les indemnités journalières au motif que j'aurais commis une fraude non intentionnelle au moment de la souscription du contrat en ne déclarant pas mes problèmes de dos, mais je n'ai jamais eu de problèmes de dos ! J'ai simplement vu un ostéopathe car à un moment j'ai eu des migraines et cela me soulageait de le voir. Que puis-je faire car pour l'instant l'assurance me propose de me verser 4 mois d'indemnités journalières et ensuite de résilier le contrat ?*

- Les litiges où le médecin-conseil de l'assurance considère que l'état de santé de la personne ne permet pas la mise en jeu de la garantie car il ne correspond pas à ce qui est contractuellement prévu.



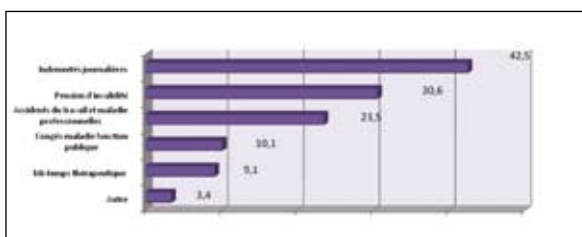
*Je n'y comprends rien ! La sécurité sociale vient de me classer en 2<sup>e</sup> catégorie d'invalidité parce que je ne peux plus travailler et le médecin de l'assurance couvrant mon prêt immobilier me dit que je pourrais travailler et que dans ces conditions mon assurance ne va pas fonctionner.*

S'il est difficile d'en tirer des enseignements collectifs, ces appels permettent toutefois d'aborder avec les appelants les meilleures stratégies juridiques à mettre en œuvre.

## D. Problématiques liées aux prestations en espèce

Derrière cette terminologie se cache un enjeu souvent crucial pour les personnes qui nous sollicitent. En effet, la question des ressources en cas d'arrêt-maladie ou d'invalidité est fréquemment au cœur des préoccupations des appelants. Les questionnements en la matière représentent 11 % des appels (les questions relatives à l'Allocation Adulte Handicapé apparaissent statistiquement dans la partie « Problématiques des personnes en situation de handicap »).

### Répartition des appels concernant la thématique « prestations en espèce »



En la matière on peut distinguer deux types de sollicitations :

- D'une part les demandes d'informations à caractère général et pour lesquelles l'examen détaillé des situations individuelles nécessite d'avoir recours à des notions relevant à la fois du droit de la sécurité sociale, du droit du travail et de maîtriser les questions liées à la prévoyance.

Exemple d'appels :



*Je viens d'apprendre que j'ai un cancer. Je n'ai jamais été en arrêt-maladie. Comment cela va-t-il se passer avec mon employeur ? Combien vais-je recevoir de la sécurité sociale ? Est-ce que mon ancienneté va compter ? Je crois qu'il y a une assurance prévoyance dans mon entreprise, cela s'additionne avec ce que verse la sécurité sociale ? Pendant combien de temps dure l'indemnisation ? Mon employeur peut-il me licencier pendant cette période ?*

- D'autre part, beaucoup d'appels proviennent d'assurés sociaux venant de recevoir une décision négative de la part de leur caisse d'assurance maladie. Ces personnes appellent alors la ligne pour vérifier le caractère justifié ou non de la décision et pour savoir le cas échéant comment contester. Ces appels permettent de tirer plusieurs enseignements. Avant de

rentrer plus avant dans le détail des difficultés rencontrées, un certain nombre de remarques s'imposent :

- les usagers méconnaissent le recours possible aux conciliateurs des caisses, ce qui traduit un manque de visibilité de ces interlocuteurs,
- les notifications des décisions ne sont pas rédigées de manière compréhensible pour les usagers. Circonstances plus qu'aggravantes, celles-ci sont parfois accompagnées d'articles du code de la sécurité sociale sans rapport avec les situations d'espèce et sont parfois techniquement extrêmement critiquables.

Les situations les plus contestables juridiquement qui ont fait l'objet de recours devant la Commission de Recours Amiable, ont connu des suites favorables. Au regard de ce qu'on peut retirer des situations individuelles, il nous semble pertinent que les représentants d'usagers au sein des caisses puissent investir ces commissions. Or cette possibilité est parfois remise en cause malgré l'interprétation favorable des textes qu'a pu émettre le Président de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Sans être totalement exhaustif, des aspects méritent d'être mis particulièrement en exergue :

### 1. Indemnités journalières : difficultés liées à l'appréciation de la situation médicale par les médecins-conseils

Les témoignages suivants illustrent la nature des enjeux pour les personnes concernées :



*Je suis en arrêt maladie depuis 1 an et le médecin-conseil de la sécurité sociale me dit qu'il faudrait que je reprenne le travail à la rentrée. Même si j'espère que ma situation va s'améliorer, je ne me sens pas encore assez bien pour reprendre le travail. Mon employeur me dit qu'il me licenciera de toute façon pour inaptitude médicale. J'étais ingénieur commercial et je ne me vois pas reprendre ce métier car il y a beaucoup de déplacements en voiture et les médicaments que je prends sont incompatibles. J'essaie de prendre des informations pour savoir quoi faire ?*

## IV. Problématiques rencontrées par les appelants



*J'ai un cancer. Le médecin-conseil m'a dit que je devais reprendre le travail car il considérait que je pouvais retravailler. Je lui ai dit que cela n'était pas possible immédiatement à cause de mon travail, je suis chauffeur routier. Il m'a répondu que ce n'était pas son problème, que ce que je disais c'était un problème d'aptitude et que si je ne pouvais pas travailler à cause des difficultés liées à mon poste de travail c'était au médecin du travail de décider. Mais si le médecin du travail me déclare inapte comme je le pense ça veut dire que je vais être licencié ! Mon employeur il ne va pas me reclasser, il n'y a pas de poste !*

On comprend à travers ces exemples les conséquences désastreuses possiblement engendrées par ces décisions. Certes, techniquement le médecin-conseil et le médecin du travail ne vont pas avoir les mêmes critères d'évaluation. Tandis que le premier évaluera la capacité physique de l'assuré de reprendre le travail au regard d'une activité salariée quelconque, le médecin du travail évaluera l'aptitude physique du salarié en rapport aux contraintes spécifiques liées à son poste et à ses conditions de travail.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu d'une certaine manière une articulation entre ces deux interlocuteurs puisque l'article L323-4-1 du code de la sécurité sociale édicte qu' « au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin-conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix ».

Le décret dont il est question dans la loi n'est pas paru. Les appels sur le sujet laissent penser qu'en certaines circonstances cette articulation est indispensable. Dissocier de l'évaluation du bien-fondé de l'arrêt-maladie les contraintes réelles liées au poste de travail occupé par le salarié conduit de facto à priver d'indemnités journalières les salariés tout en les amenant vers un licenciement probable. Ces décisions sont d'autant plus choquantes quand la situation médicale n'est pas consolidée : il suffirait de ne pas précipiter le retour vers l'emploi pour éviter une issue aussi catastrophique pour des assurés déjà fragilisés par leur situation médicale.



## 2. Indemnités journalières supérieures à 6 mois et pension d'invalidité : difficultés liées aux conditions administratives

Derrière l'aridité technique de ces questions se cachent des situations humaines extrêmement difficiles. Un appel l'illustre brutalement :



*Je vous appelle car je viens de recevoir une lettre de la sécurité sociale et je ne sais pas comment je vais faire pour m'en sortir. Je suis mère de famille seule avec mes deux enfants. J'ai un cancer et une maladie rare, à cause de cela je suis en arrêt-maladie depuis 3 ans. J'ai fourni tous les papiers demandés par mon centre de sécurité sociale et pendant cette période j'ai reçu environ 550 euros par mois d'indemnités journalières. Ma santé ne s'est pas du tout améliorée et donc le médecin-conseil a pensé qu'il fallait me mettre en pension d'invalidité. On m'a redemandé mes fiches de paie et la lettre me dit qu'en fait je n'ai travaillé que 168 heures au lieu des 200 heures prévues lors du premier trimestre de référence et donc je n'ai pas droit à une pension d'invalidité. En plus ils me demandent de rembourser 16 000 euros ! Si on résume : j'ai cotisé pendant plus de 20 ans, je suis malade, plus de travail, plus de revenus et 16 000 euros de dettes, je fais comment ?*

Pour mieux comprendre comment il est possible d'en arriver à de telles extrémités, un décryptage est nécessaire.

Pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières pour les arrêts-maladie supérieurs à 6 mois ou d'une pension d'invalidité, il faut notamment à la date de l'arrêt-maladie justifier avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze derniers mois dont 200 heures durant les 3 premiers mois. Normalement, cette condition est vérifiée au moment où l'arrêt-maladie de l'assuré dépasse 6 mois et le cas échéant au moment où une demande de pension d'invalidité est examinée.

Cet appel met particulièrement en lumière deux aspects qu'il convient de dénoncer :

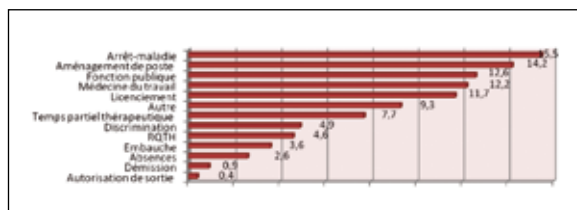
- dans la forme, la légèreté avec laquelle dans ces circonstances la caisse réclame le paiement de l'indu auprès d'une personne qui a délivré tous les documents utiles à l'examen de son dossier et n'a commis aucune erreur ni manœuvre frauduleuse. Ce constat dépasse largement la situation individuelle décrite ici.

- sur le fond le caractère inique du texte retenu. En l'espèce la Caisse ne commet pas d'erreur dans l'application du droit, c'est le contenu même de la règle qui pose problème. En effet, dans le cadre de prestations contributives, si l'on comprend bien la nécessité de se référer à des critères pour déterminer si l'on peut bénéficier ou pas d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, encore faut-il que ces règles répondent à une logique justifiable. Or, la condition spécifique des 200 heures travaillées au cours des 3 premiers mois de la période de référence ne répond absolument pas à cette définition.

Pour finir sur une note plus positive et pour revenir sur l'appel dont il est plus spécifiquement question ici, signalons que le recours de l'intéressée a entraîné une réponse dans la forme particulièrement bien motivée du directeur de la caisse prouvant ainsi qu'en l'espèce le dossier avait fait l'objet d'un examen réellement attentif. La réponse du directeur de la Caisse se concluait par « une mesure de bienveillance » se traduisant par le renoncement de la caisse aux 16 000 euros réclamés.

## E. Problématiques liées au travail

### Répartition des appels de la thématique « Droit du travail »



Cinquième sujet de sollicitation de la ligne, les questionnements relatifs au droit du travail et à l'emploi représentent 9,8 % des appels.

Quelques exemples de questions emblématiques sur ce sujet :



*J'ai un cancer, j'étais en arrêt-maladie mais maintenant j'ai repris mon travail et je suis victime de pressions de mon employeur et je sens qu'il fait tout pour que je parte. Je suis mise à l'écart, on ne me fait plus confiance, c'est très dur à vivre. Que puis-je faire ?*



## IV. Problématiques rencontrées par les appelants



*J'ai le VIH et le VHC. Je bénéficie d'un mi-temps thérapeutique (une journée par semaine) pour me reposer lorsque le traitement hépatique sera mis en place. Mon employeur me demande un justificatif de mes allées et venues à l'hôpital et m'a même demandé quelle est ma pathologie. Je voudrais savoir quels sont mes droits ?*



*Il y a 6 ans, j'ai eu des problèmes de dos avec une hernie et cela a été reconnu en tant que maladie professionnelle, mais il y a quelques mois on a diagnostiqué une sclérose en plaque. J'ai un rendez-vous avec le médecin du travail pour un reclassement à cause de mon dos. Est-ce que je dois lui parler de la sclérose en plaque et suis-je obligé de le faire ?*



*Je suis conseillère sociale et j'appelle car le médecin hospitalier d'un patient m'a interpellé sur sa situation. Il est en contrat à durée déterminée. Il avait été orienté vers cet employeur par un Cap Emploi donc l'employeur était au courant de sa reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH). Il est séropositif et cela s'est su chez l'employeur. Son CDD doit être renouvelé et il a passé une visite médicale auprès d'un médecin du travail qui lui a demandé de faire des examens sanguins classiques ainsi que les tests VIH, VHC et VHB. Il a peur.*



*Mon mari a eu un gros problème cardiaque. Je dois arrêter de travailler. Je voudrais savoir quel congé je peux prendre pour m'occuper de mon mari. Mon employeur peut-il me refuser ce congé ?*

## F. Problématiques des personnes en situation de handicap

La véritable difficulté qui est rencontrée par les appelants relève de la diversité et de la complexité des dispositifs.

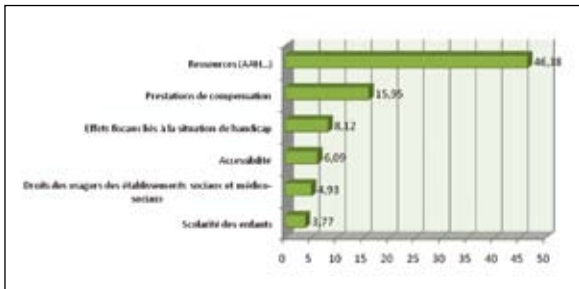
En effet, à chaque situation correspond une allocation, un complément de ressources, une aide au logement, une prestation dédiée, tout cela conditionné par l'âge, le niveau de handicap, les ressources, les aides humaines apportées à la personne.

Face à tous ces mécanismes, autour de la loi de 2005 était mise en exergue l'idée de « guichet unique » assuré par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Au regard des appels reçus de la part de personnes pourtant en lien avec ces MDPH, on peut être parfois dubitatif sur la nature de l'éclairage apporté aux bénéficiaires, les questions posées nous semblant relever de la compétence des MDPH.

Cette remarque liminaire quant au rôle d'information de la MDPH étant précisée, la répartition des appels concernant cette thématique s'effectue de la manière suivante :

### Répartition des appels thématique « personnes en situation de handicap » (exprimée en %)



Précisons que statistiquement, les questions liées à l'emploi des personnes en situation de handicap figurent dans la thématique travail.

La question des ressources est une préoccupation centrale des appelants. Nous constatons, à travers les appels reçus, des délais de traitement des demandes et de réponses extrêmement longs, ce qui peut mettre les personnes dans des situations économiques très difficiles.

Comme illustration de certaines de ces difficultés, il nous faut aborder plus précisément celles qui ont trait à l'octroi de l'allocation adulte handicapé (AAH), prestation principale des personnes en situation de handicap, dont les conditions d'attribution excluent de nombreux individus :

- Pour les personnes dont le taux d'invalidité se situe entre 50 et 79 %, elles ne peuvent bénéficier de l'AAH qu'à condition notamment de ne pas avoir occupé un emploi dans l'année précédant leur demande (art. D821-1 du Code de sécurité sociale).



*Je vous appelle car j'ai fait une bêtise. Malgré mes difficultés médicales, j'ai essayé de travailler au début de l'année mais je n'ai tenu que 3 jours. J'ai fait une demande d'AAH et j'ai été reconnu entre 50 et 79 % en me reconnaissant incapable d'exercer une activité professionnelle. On vient de me dire que je n'ai pas droit à l'AAH à cause de mes 3 jours de travail d'il y a 4 mois ! On ne me laisse que le RMI.*

À travers cet exemple, on comprend aisément l'effet pervers et dévastateur de cette disposition introduite par la loi de 2005 sur le handicap.

- Une autre difficulté plus récurrente, réside dans l'examen des ressources pour l'attribution de l'AAH. En effet, les textes prescrivent de prendre en compte, en plus des revenus de la personne en situation de handicap, ceux du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un PACS. Par nature, cette condition réduit considérablement le montant de l'AAH voire les possibilités d'obtenir l'allocation elle-même. Cette restriction de leur droit à prestation induit un sentiment d'injustice pour ces personnes car le handicap est individuel.

De manière plus globale, on ne peut pas passer sous silence à quel point la faiblesse du niveau des allocations est durement ressentie par les appelants. Il est en effet accablant de constater que le montant maximum de l'AAH, soit 628 euros par mois, se révèle rappeler le seuil de pauvreté, soit 817 euros par mois.

## G. Problématiques spécifiques des étrangers malades

La part d'appel sur le sujet représente une proportion plutôt modeste : 2,2 % des appels en ce qui concerne la question du séjour à laquelle on peut ajouter 0,7 % des sollicitations concernant l'aide médicale ou l'application de la circulaire « soins urgents » qui concerne par définition des personnes de nationalité étrangère.

Néanmoins, cette proportion d'appel s'avère être plus conséquente suivant les pathologies des appelants. C'est ainsi que par exemple cette question est évoquée par 13,6 % des personnes séropositives au VIH sollicitant Santé Info Droits.

Les questions les plus fréquemment posées en la matière concernent :

- les modalités d'accès à une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour les étrangers atteints d'une pathologie grave nécessitant un suivi médical non accessible dans leur pays d'origine,
- la pérennité pour les étrangers déjà titulaires d'une carte de séjour vie privée et familiale de leur droit au séjour en France. En effet, le caractère temporaire de la carte de séjour « vie privée et familiale » fait peser sur des personnes souvent en situation de très grande fragilité une terrible incertitude. Dès lors pour cette population la question de l'accès à la carte de résident s'avère être un enjeu majeur.



## IV. Problématiques rencontrées par les appelants



*J'ai déjà eu 5 cartes de séjour en raison de ma maladie. Comment je peux avoir une carte de résident ? Je n'en peux plus, chaque année je me dis qu'on risque de me renvoyer. J'ai très peur cela m'angoisse. Ma carte se finit toujours l'hiver. L'idée de faire la queue toute la nuit j'y pense des mois à l'avance !*



*Ma demande de carte de résident vient d'être rejetée pour ressources financières insuffisantes. Je n'avais environ que 900 euros quand j'ai déposé ma demande car cela est tombé à un moment où j'étais en arrêt maladie, et je recevais donc la moitié de mon salaire normal. Depuis j'ai repris le travail est-ce que je peux faire une nouvelle demande ? Je ne comprends pas, d'un côté on me donne une carte de séjour par rapport à ma maladie et de l'autre on refuse une carte de 10 ans parce que je suis malade.*



*Je touchais l'Allocation Adulte Handicapé et comme mon titre de séjour se terminait en mai, la CAF a suspendu le paiement de l'AAH. La préfecture m'avait donné un document avec une date de rendez-vous pour juillet et j'ai eu le récépissé de demande de renouvellement de mon titre de séjour mais la CAF refuse de me payer mai et juin. Comment je peux faire ?*

Pour ces questions encore plus que pour d'autres les réorientations vers les associations de terrain compétentes s'avèrent indispensables, le droit et les pratiques constatées pouvant être en l'espèce particulièrement divergeant.

## H. Autres thèmes d'appels

Enfin, à titre d'exemples de la diversité des sollicitations reçues sur la ligne voici une sélection de questions ne relevant pas des thématiques précédemment évoquées :

### • Famille :



*Je vous appelle car je suis en procédure de divorce et je suis en litige avec mon mari au sujet de la garde alternée. Mon mari évoque ma situation médicale pour motiver sa demande. Je trouve cela abject. Je veux savoir si c'est légal.*

### • Mesures de protection des majeurs :



*Mon mari souffre de troubles bipolaires. Il souscrit beaucoup d'emprunts. Je veux savoir comment faire pour que lui comme moi soyons protégés juridiquement.*



*Je suis atteinte d'une maladie rare et je veux savoir comment faire pour avoir un tuteur si jamais j'en ai besoin plus tard.*

### • Circulation hors du territoire français :



*Je vous appelle pour ma fille qui vient d'avoir un cancer mais cela va mieux et son traitement est terminé. Elle avait comme projet d'aller étudier en Nouvelle-Zélande, elle a besoin d'un visa pour un long séjour. Est-ce que la législation néozélandaise peut l'empêcher de mener à bien son projet ?*

### • Retraite :



*J'ai appelé ma caisse de retraite qui n'a pas voulu me renseigner. Je veux connaître l'impact de l'invalidité sur ma retraite.*

### • Respect de la vie privée :



*Mon ancienne compagne menace de divulguer à tout mon entourage ma pathologie. Comment puis-je l'empêcher de le faire ?*

### • Secret professionnel :



*Je suis travailleur social et ma responsable m'impose d'annoncer à l'ex-femme d'un homme que l'on a suivi qu'il est séropositif. Je ne suis pas d'accord pour le faire car je pense que cela est couvert par le secret professionnel. Je pense que nous devons plutôt insister auprès de l'ex-mari. Qui a raison ?*



# V. Partenariats Santé Info Droits

Attaché à la diversification des sources de financement de sa ligne téléphonique, le CISS a négocié avec succès plusieurs conventions de partenariat venant en complément de la subvention du Ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé, qui est essentielle au fonctionnement de Santé Info Droits.

Autres partenaires de la ligne en 2007 :

- Conseil régional d'Île-de-France
- Fondation Pfizer France
- Mutualité Française
- Celtipharm
- Mairie de Paris

Certains financent l'activité de Santé Info Droits, d'autres participent à une meilleure diffusion de l'information et à une communication accrue sur l'existence de ce numéro azur, à l'écoute des malades.



## VI. Perspectives pour 2008

Dans une logique de développement des capacités d'accueil de la ligne, le nombre d'heures d'écoutes à disposition des appelants sera augmenté. Cet objectif passe par :

- l'installation d'un 4<sup>e</sup> poste de travail permettant une meilleure prise en charge simultanée des appels,
- une augmentation du nombre d'heures de travail ou de vacations effectuées par les écoutants,
- le recrutement d'un « écoutant référent » plus spécialement affecté au suivi des appels.

Compte tenu de l'augmentation des moyens mis à disposition de la ligne, l'objectif sera de répondre à un nombre supérieur d'appels que cette année, 5 400 appels constituant la fourchette haute de cette estimation.

Par ailleurs, après avoir expérimenté le dispositif de réponse par mail, une communication plus spécifique en direction des internautes sera élaborée pour améliorer la connaissance du dispositif.

# UNE QUESTION JURIDIQUE LIÉE À LA SANTÉ?



APPEL NON SURTAXÉ\*

## DES ÉCOUTANTS SPÉCIALISTES VOUS INFORMENT ET VOUS ORIENTENT

SANTÉ INFO DROITS EST UNE LIGNE CRÉÉE ET MISE EN ŒUVRE PAR LE COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ (CISS)

Le CISS représente depuis plus de 10 ans les intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité.

Le CISS rassemble plus de 30 associations nationales et 20 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs. Il veille en particulier au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002.

### NOS MISSIONS :

- L'information des usagers du système de santé.
- La formation de leurs représentants.
- La définition de stratégies communes pour améliorer la prise en charge des usagers.
- La communication publique de nos constats et de nos revendications.



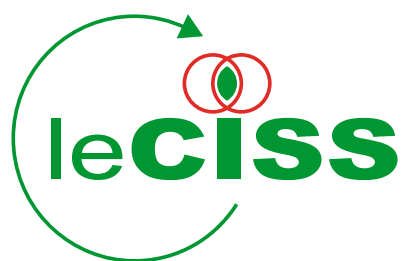
Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, VILLA BOSQUET - 75007 PARIS - [WWW.LECISS.ORG](http://WWW.LECISS.ORG)

ADMD - AFD - AFH - AFM - AFP - AFVS - AIDES - Alliance Maladies Rares - Allegro Fortissimo - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France - FFAAIR - Familles Rurales - FNAMEC - FNAPSY - FNAIR - FNATH - France Alzheimer - France Parkinson - Ligue Contre le Cancer - Le LIEN - ORGECO - SOS Hépatites - Transhépatite - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose

Au 1<sup>er</sup> septembre 2008,  
32 associations sont membres du CISS :

- ADMD
- AFD
- AFH
- AFM
- AFP
- AFVS
- AIDES
- Alliance Maladies Rares
- Allegro Fortissimo
- ANDAR
- APF
- AVIAM
- CSF
- Épilepsie France
- FFAAIR
- Familles Rurales
- FNAMOC
- FNAPsy
- FNAIR
- FNATH
- France Alzheimer
- France Parkinson
- Ligue Contre le Cancer
- Le Lien
- ORGECO
- SOS Hépatites
- Transhépatite
- UFCS
- UNAF
- UNAFAM
- UNAPEI
- Vaincre la Mucoviscidose



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 56 01 49  
Fax : 01 47 34 93 27

Nouvelle adresse  
à compter du  
13 octobre 2008

[www.leciss.org](http://www.leciss.org)