



Usagers des services de santé : tout ce qu'il faut savoir



www.clcv.org



L'ASSURANCE MALADIE : UN DROIT POUR TOUS

Les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, ont droit à une couverture sociale. La Couverture maladie universelle (C.M.U.) permet à toute personne non couverte par un régime obligatoire d'Assurance maladie, d'accéder aux soins et au remboursement.

LE CHOIX D'UN MÉDECIN TRAITANT

Choisir et déclarer un médecin traitant, c'est s'assurer du taux le plus fort de remboursement des consultations et prescriptions médicales par l'Assurance maladie : si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, et/ou ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, le montant de vos remboursements est diminué de 40 %.

Il est important **de bien choisir son médecin traitant** : c'est lui (elle) qui :

- assure votre « parcours de soins coordonné »
- vous conseille et vous oriente vers un autre médecin « correspondant » si nécessaire, pour des soins réguliers, ou pour un avis ponctuel
- gère votre dossier médical
- assure une prévention personnalisée

Vous pouvez en changer quand vous le voulez, sur simple déclaration à votre caisse d'assurance maladie.

LE REMBOURSEMENT DE VOS CONSULTATIONS PAR L'ASSURANCE MALADIE

- L'Assurance maladie rembourse la consultation 70 % du tarif conventionnel, et selon le secteur d'activité de votre médecin traitant et/ou des médecins « correspondants » (spécialistes, généralistes) qu'il vous enverra consulter :

- **Un médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel.**

Un dépassement d'honoraires est autorisé en cas d'une demande particulière de votre part (visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet de votre médecin, par exemple), mais n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie ;

- **Un médecin conventionné de secteur 2 fixe ses honoraires librement**

«avec tact et mesure». Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie. Ces médecins peuvent exercer leur activité à l'hôpital, et vous demander de leur régler leurs honoraires directement ;

- **Le site de l'Assurance maladie**

(www.ameli.fr) vous permet de connaître le conventionnement (1 ou 2) d'un médecin, ainsi que les honoraires qu'il vous prendra ;

- Les tarifs pratiqués par votre médecin sont également affichés dans sa salle d'attente ;

- Vous pouvez enfin vous informer auprès du secrétariat du praticien du coût d'une consultation, d'une intervention chirurgicale et des frais annexes (anesthésiste).

Et bien sûr, tout paiement en liquide, en plus de ce que le médecin vous inscrirait sur votre feuille de soin, est **rigoureusement interdit**.

Répartition entre l'Assurance maladie et l'assuré

Secteur tarifaire	Secteur 1		
	Tarif de convention	Prise en charge Sécurité sociale	Reste à charge du patient
	Dans le parcours de soins. Taux de remboursement de l'Assurance maladie : 70 % moins l'euro de responsabilité		
Médecin traitant			
Généraliste	23 €	15,10 €	7,90 €
Spécialiste (y compris cardiologue)	25 €	16,50 €	8,50 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue	37 €	24,90 €	12,10 €
Consultation pour avis ponctuel du médecin traitant			
Spécialiste	44 €	29,80 €	14,20 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue	55 €	37,50 €	17,50 €

Suivi régulier sur avis du médecin traitant			
Généraliste	26 €	17,20 €	8,80 €
Specialiste	28 €	18,60 €	9,40 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue	41 €	27,70 €	13,30 €
Cardiologue	49 €	33,30 €	15,70 €
Médecins en accès direct autorisé			
Gynécologue, ophtalmologue (consultation pour suivi régulier)	28 €	18,60 €	9,40 €
Psychiatre, neuropsychiatre (patients de 16 à 25 ans)	41 €	27,70 €	13,30 €
Médecins en accès direct «hors du cadre général»			
Gynécologue, ophtalmologue (consultation hors suivi régulier)	33 € (25 €)	16,50 €	16,50 €
Psychiatre, neuropsychiatre (patients de plus de 26 ans)	49 € (37 €)	24,90 €	24,10 €
Hors parcours de soins.Taux de remboursement de l'assurance maladie : 30 %, moins l'euro de responsabilité			
Généraliste	23 €	5,90 €	17,10 €
Spécialiste	33 € (25 €)	6,50 €	26,50 €
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue (3)	49 € (37 €)	13,82 €	35,18 €
Cardiologue (2)(3)	58 € (45,73 €)	21,01 €	36,99 €
Médecins en accès direct autorisé			
Gynécologue, ophtalmologue (2)	33 € (25 €)	6,50 €	26,50 €
Psychiatre, neuropsychiatre (2) (3)	49 € (37 €)	10,10 €	38,90 €

Tarifs conventionnels au 1^{er} juin 2010.

(1) Ce reste à charge théorique est calculé sur un tarif majoré par hypothèse de 50 %. Il n'existe en effet aucun encadrement des tarifs des médecins exerçant en honoraires libres, en dehors de la notion de «tact et de mesure». Toutefois, tout tarif jugé «excessif» par l'usager peut être dénoncé auprès du directeur de la caisse primaire d'assurance-maladie.

(2) En secteur 1, la base de remboursement de l'assurance-maladie, inférieure au tarif de convention, est indiquée entre parenthèses.

(3) En secteur 1, l'assurance-maladie applique un mode de calcul particulier aux actes dont le tarif conventionnel dépasse 25 €.

AUTOMÉDICATION : DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE PHARMACIEN



Vous êtes de plus en plus nombreux à vous auto-prescrire des traitements pour des maladies bénignes. N'hésitez pas à demander conseil à votre pharmacien : **un médicament n'est jamais anodin**, et certains mélanges peuvent faire plus de mal que de bien ! Si vous utilisez le Net pour des questions de santé, HON (Health on the Net - La santé sur le Net) vous aidera à sélectionner des sites jugés plus fiables pour leur information car citant systématiquement leurs sources. HON est accrédité par la Haute autorité de santé (HAS)

LES MÉDECINES DOUCES PEU OU PAS REMBOURSÉES

Bien qu'elles soient de plus en plus prisées par nombre d'entre vous, les méthodes de soins non traditionnelles sont mal remboursées lorsqu'elles sont reconnues, pas remboursées si elles ne sont pas reconnues.

	Prescripteur	remboursement		Prescripteur	remboursement
Acupuncture	Médecin	70 % tarif conventionnel	Sophrologie	Sophrologue	Non remboursé
Homéopathie	Médecin	70 % tarif conventionnel	Phytothérapie et Aromathérapie	Médecin	Non remboursé
Ostéopathie	Médecin ou kinésithérapeute	70 % si le praticien est médecin 60 % s'il est kinésithérapeute	Naturopathie	Naturopathe	Non remboursé
Ostéopathie	Ostéopathe	Non remboursé	Réflexologie	Réflexologue	Non remboursé
			Ayurveda	Médecin ayurvédique	Non remboursé
			Luminothérapie	Photothérapeute	Non remboursé
			Kinésiologie	Kinésologue	Non remboursé

Liste non exhaustive. Au 1^{er} décembre 2010

MISE SUR LES RAILS DU SECTEUR OPTIONNEL

Assurance maladie, complémentaires santé et syndicats de médecins libéraux ont décidé en novembre 2009, et avec des objectifs divergents, de lancer le secteur optionnel.

Officiellement, celui-ci devra favoriser l'accès aux soins dans trois spécialités où les dépassements d'honoraires posent de réelles difficultés aux plus défavorisés : chirurgie, anesthésie et obstétrique. Concrètement, les praticiens dans l'une de ces trois spécialités, en optant pour le secteur optionnel, s'engagent à appliquer à 30 % de leurs actes le tarif de l'Assurance maladie, donc sans le moindre dépassement d'honoraires. Pour les 70 % d'actes restants, ils s'engagent à limiter les dépassements d'honoraires à 50 % du tarif de l'Assurance maladie.

En contrepartie, les cotisations sociales des praticiens en régime optionnel seront réduites sur la part de leurs actes facturés sans dépassements d'honoraires, un allègement auquel ont droit les praticiens du secteur 1 sur la totalité de leur activité. De leur côté, les complémentaires santé, pour les assurés qui en expriment le désir et moyennant une hausse correspondante de leurs cotisations, prendront en charge les dépassements d'honoraires.

Le secteur optionnel doit trouver sa place dans la future convention entre les

médecins libéraux et l'Assurance maladie en remplacement de la convention actuelle qui a expiré en janvier 2010. Sous cette réserve, il pourrait démarrer, à condition que le nombre de praticiens issus du secteur 2 adhérant au secteur optionnel soit supérieur à celui des praticiens issus du secteur 1. On le saura à l'issu d'un délai de six mois donné aux praticiens concernés pour leur permettre de faire état de leur choix.

En cas de succès, nous trouverons plus facilement des chirurgiens, des anesthésistes et des obstétriciens appliquant des dépassements limités en quantité et plafonnés en montant.

Certains pourront se faire soigner au tarif de l'Assurance maladie, mais on ignore comment s'effectuera le choix et qui y aura droit. Nous pouvons supposer que normalement,

en premier lieu, se seront les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Selon l'Assurance maladie, environ la moitié des chirurgiens et des anesthésistes du secteur 2 pratiquent actuellement des dépassements d'honoraires inférieurs à 50 % mais sur la totalité de leurs actes et hésiteront à passer au secteur optionnel qui risque plutôt d'attirer ceux du secteur 1, ce qui ne répond pas à l'objectif du ministère de la Santé. Pour ceux du secteur 2, la prise en charge partielle de leurs charges sociales ne suffira pas et c'est l'aisance financière de leur clientèle qui sera déterminante.





photo Dr Luc Sebaou

LES TARIFS DES CHIRURGIENS

Il est difficile de se retrouver dans les tarifs proposés par les chirurgiens quand on ne sait pas quelle démarche effectuer pour connaître les tarifs des actes chirurgicaux.

Plus de 70 % des chirurgiens exercent en honoraires libres et pratiquent des dépassements d'honoraires qui peuvent atteindre plus de 50 % et correspondre parfois à plusieurs centaines ou milliers d'euros. Les chirurgiens exerçant dans le secteur public sont salariés mais ils peuvent avoir une activité libérale (consultation privée) au sein de leur service ou exercer dans une clinique privée.

Dans le secteur public, en dehors des consultations privées, les malades paient les tarifs de base de la sécurité sociale, sans aucun dépassement d'honoraires. Dans le secteur libéral (clinique privée ou «consultation privée» dans un établissement public), où les dépassements sont fréquents, il est préférable de vous

assurer des honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste avant de vous faire opérer, afin de ne pas connaître de surprises désagréables lors de la présentation de la facture.

N'hésitez pas :

- à demander un **devis des honoraires** à votre chirurgien pour éviter toute mauvaise surprise,
- à **interroger votre mutuelle** pour savoir ce qu'elle prendra en charge,
- à vous adresser au secteur public qui n'a aucun droit à des dépassements d'honoraires.

Aucune somme en espèces ne doit vous être réclamée : les dessous de table sont certes exceptionnels, mais peuvent encore se produire.

Pour connaître les honoraires de votre chirurgien vous pouvez également vous rendre sur le portail de l'assurance maladie et consulter les honoraires des professionnels de santé (www.ameli.fr)

LES ACTES MÉDICAUX ET LES FRANCHISES

Le forfait 18 €

Pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, un forfait de 18 € est à charge. Sauf exceptions :

- des actes de diagnostic par imagerie,
- des frais de transport d'urgence pour hospitalisation ;
- des frais d'hospitalisation à partir du 3^{ème} jour d'hospitalisation consécutif ;
- des frais d'acquisition de prothèses, de véhicules pour handicapés physiques ;
- fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés, et de lait humain.

Le forfait de 1 €

Si vous êtes âgé de plus de 18 ans, une participation forfaitaire de 1 € vous est demandée pour toute consultation ou acte réalisés par un médecin et sur vos examens radiologiques ou analyses. Cet euro est dû même si vous êtes en affection longue durée prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Si vous avez la CMU, vous en êtes exempté.



Prix au 1^{er} décembre 2010

Le forfait 0,50 € sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires

Pour chaque boîte de médicament acquise et pour chaque acte paramédical, 0,50 € sont désormais de votre poche.

Pour chaque transport sanitaire, ce sont 2 € qui ne vous seront pas remboursés. C'est le principe de la **franchise**.

Plafond annuel, plafond journalier

Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés au paragraphe précédent.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes médicaux et les consultations, les actes paramédicaux et les transports sanitaires :

- 4 € par jour pour des consultations ou acte réalisés par le même professionnel de santé ;
- 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Le forfait hospitalisation

Le forfait hospitalier représente votre participation financière aux frais d'hébergement entraînés par votre hospitalisation. Il est dû dès la première nuit passée dans un établissement de santé. Il est de 18 € par jour en hôpital ou en clinique, et de 13,50 € par jour dans un service psychiatrique. Il est souvent remboursé par les mutuelles.

Le remboursement des médicaments

Il varie selon les médicaments :

- 100 % pour les médicaments indispensables,



- 65 % pour les médicaments courants,

- 30 % ou moins pour les médicaments «de confort», ou ne rendant pas un service reconnu,

- 35 % pour l'homéopathie,
- 15 % pour les médicaments dont le service thérapeutique est considéré comme nul (veinotoniques) : on est en droit de se demander pourquoi les consommateurs en veulent toujours (effet placebo ?), pourquoi les médecins les prescrivent encore, et pourquoi ils sont encore sur la liste des médicaments autorisés ! Les médicaments dits « de confort » ne seraient-ils pas, par ce biais, déremboursés au détriment des plus pauvres d'entre nous ?
- 0 % en cas d'automédication et pour certaines spécialités dont l'efficacité est mise en doute.

Pour les médicaments en vente libre, le prix est libre aussi et doit être affiché : lorsque cela vous est possible, n'hésitez pas à faire le tour de plusieurs pharmacies pour comparer les prix.

Attention aux achats sur le Net :

pas toujours moins chers avec les frais de port et/ ou de douane, ils ne sont pas sécurisés. Les contrefaçons n'y sont pas rares, avec au mieux pas d'effets, au pire des effets nocifs pour la santé ;

- Lorsqu'une molécule existe sous forme de générique, un tarif forfaitaire de responsabilité (T.F.R.) peut être appliqué à cette molécule : il sera calculé à partir du prix des génériques les moins chers.
- Lorsque vous achetez des médicaments prescrits par votre médecin, vous ne payez pas, le plus souvent, la part remboursée par l'Assurance maladie sur simple présentation de votre carte Vitale. Dans de nombreux départements cependant, ce « tiers payant » ne vous sera pas proposé si vous refusez un médicament générique en substitution du médicament de marque indiqué sur votre ordonnance. Vous devez alors faire l'avance des frais et vous faire rembourser ensuite par votre caisse d'assurance maladie.



Reste à charge - Prix au 1^{er} décembre 2010

	1 ^{er} janvier 2005	1 ^{er} septembre 2006	1 ^{er} janvier 2008
Ticket modérateur	Forfait hospitalier	Participation forfaitaire de 1 €	Franchise Médicale
<p>Montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 % des honoraires médicaux, tarif conventionnel - médicaments - vignettes pour médicaments remboursables : - reste à charge de 0 à 85% en fonction du service thérapeutique de la couleur de la vignette - médicaments homéopathiques : 65% <p><u>Hospitalisation publique / conventionnée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% des frais d'hospitalisation (limité à 18€) - 35% des transports 	<p>Montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 € par jour en hôpital ou en clinique - 12 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. 	<p>Montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 € forfaitaire par consultation (généraliste ou spécialiste) et acte médical (examens de radiologie ou biologie). <p>Exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dentiste ; kiné ; sages-femmes ou infirmiers ; orthophoniste ; hospitalisation complète ; dépistage du cancer du sein.) 	<p>Montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 € pour les actes médicaux ≥ à 120 € ou ayant un coefficient ≥ à 60, réalisé en ville (depuis le 1^{er} décembre 2007) ou à l'hôpital (participation due si cumul d'actes par un même praticien) <p>Exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - radiodiagnostic, IRM, scanographie, scintigraphie ou tomographie, - frais de transport d'urgence en lien avec acte assujéti à la franchise de 18 € - frais d'hospitalisation à partir du 31^{ème} jour d'hospitalisation - prothèses oculaires, faciales, orthoprotèses, - prothèses dentaires, analyse biologique
<p>Exonérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALD 	<p>Exonérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMU et AME - femme enceinte ≥ 6 mois - nouveau-né ≤ 30j - accident du travail ou maladie professionnelle - hospitalisation à domicile - régime d'Alsace-Moselle - enfant handicapé ≤ 20 ans hébergé dans un établissement spécialisé - pension militaire 	<p>Exonérations (non exhaustif) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AME - Régime d'Alsace-Moselle - pension d'invalidité - pension de réversion, invalidité permanente - pension militaire - accident du travail ou maladie professionnelle, pour actes en rapport - femme enceinte ≥ 6 mois de - nouveau-né ≤ 30 j - ALD pour les actes en rapport 	<p>Montant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,5€ par boîte de médicament - 0,5€ par acte paramédical (kiné, infirmière, etc.) - 2 € par transport sanitaire (sauf urgence). (Franchise ne s'applique pas aux hospitalisations)
			<p>Plafond annuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> 50 € par an et par assuré <p>Plafond journalier : 2 € sur les actes paramédicaux et 4 € sur les transports</p>
			<p>Exonérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMU-C et AME - mineurs - femmes enceintes et nouvelles accouchées (moins de 12 jours) <p>(ALD, accident du travail, invalidité non exonérés)</p>
			<p>prise en charge potentielle par les complémentaires</p>

Economisez les boîtes :

l'article L.5125-23 du Code de la santé publique prévoit que, « lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement ». Les médicaments conditionnés par boîte de trois mois sont relativement récents, et ils ne sont disponibles que pour deux maladies chroniques, le diabète et l'ostéoporose, et deux facteurs de risque, l'hypercholestérolémie et l'hypertension. N'hésitez pas à interroger votre pharmacien : si le médicament que l'on vous a prescrit existe sous un conditionnement 3 mois, vous gagnerez 1 €.

UNE MUTUELLE POUR CHACUN OU PRESQUE

- une assurance (mutuelle, privée) couvre tout ou partie des frais non remboursés par l'Assurance maladie, et ce en fonction de la cotisation que vous avez choisie. Un délai de carence existe souvent entre l'adhésion et l'acceptation de couvrir les frais non pris en charge par l'Assurance maladie. Enfin, il faut parfois son autorisation avant traitement pour être sûr d'être remboursé. **Avant de vous engager** dans des soins onéreux (notamment

dentaires) **demandez un devis et contactez votre mutuelle** pour savoir ce qu'elle vous accordera ;

- les bénéficiaires de la CMU ont droit à une couverture complémentaire gratuite (CMU C), sous conditions de ressources. Elle prendra en charge certains frais non couverts par l'Assurance maladie ;

- Si vous avez de faibles ressources mais légèrement supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire, vous pouvez bénéficier d'une aide au financement de votre couverture maladie complémentaire. La demande d'aide pour une complémentaire santé (ACS) se fait en utilisant le même formulaire que la demande de C.M.U. complémentaire (formulaire n° S 3711d), ou encore via le formulaire «Aide pour une complémentaire santé» (formulaire n° S 3715). Après étude et acceptation de votre dossier, vous recevrez une attestation-chèque qu'il vous suffit de présenter à la complémentaire santé de votre choix. Votre caisse d'assurance maladie vous fournira les formulaires et tout renseignement complémentaire ;
- Restent tous ceux qui ont un peu trop de ressources pour bénéficier d'une aide, et pas assez pour pouvoir supporter le coût d'une mutuelle, ni la considérer comme une priorité. Et ils sont nombreux. Pour tous ceux-là, la CLCV demande qu'une réflexion soit menée et des solutions trouvées.

LE REFUS DE SOIN EST ILLÉGAL

Les enquêtes montrent chaque année qu'un certain nombre de praticiens refusent de recevoir et soigner les titulaires de la CMU, voire de la CMU complémentaire : cette attitude est totalement illégale et vous pouvez notifier ce refus à votre caisse d'assurance maladie. Les professionnels de santé ont l'obligation, outre le respect des tarifs reconnus dans le cadre de la CMU complémentaire, de pratiquer la dispense d'avance des frais. Le bénéficiaire n'a rien à payer au professionnel qui se fait rembourser directement et intégralement par la caisse d'assurance maladie. **Prévenez également votre CLCV qui se chargera de porter le message auprès de qui de droit.**

PETITS DÉTAILS PRATIQUES

- **N'oubliez pas votre carte vitale** mise à jour ou votre attestation d'ouverture de droits.

N'oubliez pas non plus de mettre votre carte Vitale à jour une fois par an, ou



lors de tout changement de situation vous concernant, en ayant fait les formalités nécessaires auprès de votre caisse. Vous pouvez actualiser votre carte dans les points d'accueil des caisses d'assurance maladie, à l'aide de bornes de mise à jour, dans de nombreuses pharmacies et laboratoires d'analyses, les établissements de santé.



- **Lors de déplacements en Europe**, demandez votre carte européenne d'assurance maladie, au minimum deux semaines avant votre départ. Elle est valable un an.
- N'hésitez pas à demander le 100 % à votre médecin référent, pour les maladies listées ou multi-pathologies non listées ! Cela permet aux personnes qui ne peuvent pas prendre les transports en commun ou non accompagnées, de se rendre en taxi agréé (le patient doit alors demander au médecin après consultation un bon de transport).
- N'hésitez pas non plus à demander à votre pharmacien de marquer sur les boîtes de médicaments génériques le médicament prescrit ou sur l'ordonnance le nom du médicament générique qu'il vous a délivré.

LES DOSSIERS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Lancé officiellement le 5 janvier 2011, le dossier médical personnel (DMP) sera opérationnel à partir du mois d'avril dans cinq régions pilote : Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie et Rhône-Alpes. Il sera déployé sur toute la France en 2012.

Le dossier médical personnel

Dès 16 ans, tout bénéficiaire de l'assurance maladie disposera d'un dossier médical personnel (DMP) unique et informatisé. Il comportera tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, ainsi que les éléments du compte rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Vous serez le seul à avoir un accès automatique à votre dossier médical personnel et à pouvoir déterminer qui, en dehors de vous-même, pourra y accéder : a priori votre médecin traitant et les autres praticiens de votre choix mais seulement en votre présence. Votre dossier médical personnel ne sera pas stocké sur la puce de la carte Vitale. Vous pourrez le consulter sur Internet chez vous, dans des conditions de sécurité et de confidentialité assurées. Il est exclu que le médecin du travail ainsi que tout organisme complémentaire (mutuelle ou compagnie d'assurances privée) puissent avoir accès à votre dossier médical personnel lors, notamment, d'une visite à votre médecine du travail ou lors de la souscription d'un contrat exigeant une évaluation de votre état de santé.

Dossier pharmaceutique

La possibilité de mettre en place un dossier pharmaceutique (DP) dans les pharmacies a été généralisée par un décret du 15 décembre 2008 qui en précise les modalités d'utilisation, de sa création à sa fermeture et qui reprend les exigences imposées par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Ce dossier permet à votre pharmacien de « surveiller » votre consommation de médicaments et de vous éviter ainsi des mélanges dangereux pour votre santé. Il est accessible en ligne à toute pharmacie connectée au service, avec votre carte Vitale.

L'ouverture d'un DP est facultative, et dépend de votre acceptation. Vous pouvez le fermer quand vous voulez.

Le DP recense les médicaments, avec ou sans prescription, qui vous ont été délivrés au cours des 4 derniers mois. Vous pouvez refuser que certains médicaments y figurent. Seuls les pharmaciens et leurs collaborateurs ont accès à votre DP. Vous pouvez en demander une copie papier.

Au 1^{er} avril 2010, on dénombrait plus de 7 millions de dossiers pharmaceutiques créés depuis le début de l'année 2009. A la même date, près de 14 000 officines étaient équipées pour offrir ce service.





ADMISSION ET SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

A votre entrée

- On vous demandera peut-être de désigner une **personne de confiance**. Elle peut être différente de la personne à prévenir si vous le souhaitez : c'est cette personne de confiance qui prendra les décisions à votre place si vous êtes en incapacité de le faire.
- Prenez le temps de lire les documents que l'on vous fait signer ;
- Ne signez aucun document non rempli : formulaire de sécu non renseigné, acceptation de dépassement d'honoraires sans mention précise de ce dépassement ;
- Demandez le livret d'accueil de l'établissement ;
- Demandez les noms et coordonnées des représentants des usagers dans les instances de l'établissement : ceux-ci pourront vous aider dans vos démarches ou dans vos réclamations ultérieures ;
- Lors de l'admission, attention aux coûts des services annexes : installation d'une ligne téléphonique, prix des communications, location d'un poste TV à la journée.

Pendant votre séjour

- On doit vous informer du traitement, opération que l'on vous a réellement fait subir ; si cela s'est bien passé ou si des imprévus sont arrivés ; si votre sortie est toujours programmée dans les mêmes conditions, ...

C'est au spécialiste/chirurgien qui vous a traité/opéré de vous informer. S'il ne venait pas vous voir « spontanément » n'hésitez pas à le solliciter ;

Votre médecin traitant doit être tenu au courant du traitement que vous avez subi ;

Soyez acteur de votre traitement et demandez que les médicaments vous soient remis dans leurs enveloppes (bien des malades s'indignent de la distribution en vrac). N'hésitez pas à demander le pourquoi des médicaments que l'on vous donne.

A votre sortie

- Demandez ou faites demander par un médecin une copie de votre dossier médical qui doit vous être communiquée dans les 2 mois suivant votre demande. Les frais de copie et d'envoi peuvent donner lieu à facturation. Vous devez en faire la demande écrite au directeur de l'établissement ou au chef du service concerné. Vous pouvez également consulter ce dossier directement dans l'établissement. En cas de refus ou de non réponse à votre demande, écrivez à la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) pour obtenir gain de cause ;
- N'hésitez pas à retourner voir votre médecin traitant si certaines choses

demeurent obscures et nécessitent des explications complémentaires ;

- Il arrive que l'on contracte des maladies (nosocomiales) lors de son séjour en établissement de santé : si celles-ci sont reconnues, c'est à l'établissement de santé de vous dédommager pour l'éventuel préjudice que vous aurez subi ;

- De même, vous pouvez considérer que des erreurs ont été commises vous concernant, ou de « simples » indélégances, voire des mauvais traitements ;

- Dans ces 2 derniers cas, écrivez au directeur de l'établissement, ainsi qu'aux représentants des usagers dans les instances dirigeantes de l'établissement, en joignant si nécessaires certificats, diagnostic, analyses, témoignages... ;

- Votre témoignage peut aider un établissement à s'améliorer, et vos successeurs hospitalisés en profiteront : répondez aux questionnaires d'appréciation ;

- Ecrivez votre ressenti au Directeur de l'établissement, aux représentants des usagers dans cet établissement, et à la **CLCV de votre département** ;

- Vous pouvez toujours sortir même si les médecins n'y sont pas favorables. Vous signerez, dans ce cas une décharge qui couvrira l'hôpital en cas de problème ultérieur dû à votre départ sans le feu vert du personnel soignant.

- La **CLCV de votre département** peut vous aider dans vos démarches pour que vos droits soient pris en considération ;

- Le respect strict d'un traitement est une chance de plus du succès de ce traitement ;

- Si ce traitement vous pose des problèmes (effets secondaires pénibles, par exemple), n'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant ou à votre spécialiste qui pourront en changer ou l'adapter à votre situation.



BON À SAVOIR

Lors d'une consultation à l'hôpital public, ou d'une hospitalisation, munissez-vous systématiquement d'une pièce d'identité, d'un justificatif de domicile, de votre carte Vitale ou de votre attestation de carte Vitale, de votre carte de mutuelle. Systématiquement ces derniers mois, tous ces justificatifs sont demandés même si vous avez un dossier depuis des années et que vous consultez régulièrement dans le même hôpital.

Les médiateurs dans les établissements de santé

Si vous vous estimez victime d'un préjudice du fait de l'activité médicale, vous pouvez demander l'assistance et les conseils d'un médiateur médical. Il reçoit les réclamations des patients mettant en cause le non respect des droits des malades, la sécurité des soins, l'accès aux soins des établissements de santé publics, privés, médecin de ville. Pour une plainte non liée aux soins, c'est le médiateur non médical qu'il faut saisir.

Maladies nosocomiales

En cas d'aléa thérapeutique, erreur médicale, maladie nosocomiale, et plutôt que d'intervenir directement auprès de la direction de l'établissement, contactez le médiateur santé (voir livret d'accueil). Vous pouvez également saisir une association (la CLCV, le LIEN ou autre) qui vous indiquera les démarches à effectuer pour demander réparation auprès de la CRCI (Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) Cela nécessite la récupération du dossier médical. Spécialisé dans la lutte contre les maladies nosocomiales, le LIEN propose un courrier type et l'étude de la recevabilité de votre dossier (100 €) et une expertise médicale (650 €). C'est l'ONIAM (*Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux*) qui se charge d'évaluer le montant du préjudice selon des grilles établies. L'indemnité n'est pas toujours à la hauteur du préjudice mais cette procédure assure rapidement une indemnisation sans trop de frais.

Attention lorsqu'on choisit la procédure judiciaire ! La faute n'est pas systématiquement reconnue : les juges considèrent que l'acte médical n'est pas une science exacte et que des risques sont imprévisibles.

On peut saisir la CRCI puis le tribunal, au moins si la faute n'est pas reconnue au pénal, l'indemnité obtenue à la CRCI sera quand même perçue.

Certification des établissements de santé

La certification mise en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) est une procédure d'évaluation externe. Elle se déroule en quatre étapes, sur une durée de plusieurs mois. Elle concerne tous les établissements de santé, est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans. Sur la base d'un référentiel élaboré par la HAS, le manuel de certification, elle a pour objectifs :

- La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels et qualifiés



de pratiques exigibles prioritaires. La mesure de niveau de qualité sur des éléments particuliers est un levier d'amélioration de la qualité. La HAS met à la disposition du grand public sur son site Internet en complément une version courte du rapport de certification, adaptée aux attentes des usagers en matière d'information. Vous pouvez les consulter sur le site de la HAS.

Maltraitance en établissement de santé

La Haute autorité de santé a voulu en savoir plus sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Entendez par ce terme toutes les petites vexations que vous risquez de subir lors de votre hospitalisation ou si un(e) de vos proches est hospitalisé(e) : attentes interminables, professionnels qui échantent et discutent entre eux en vous ignorant, ou refusent de vous écouter, leur manque de disponibilité pour répondre à vos questions, etc.

A partir d'une enquête réalisée en 2008, un rapport a été rendu public début 2010, et ses conclusions devraient conduire à des améliorations :

- en permettant la prise en compte, dans la procédure de certification des établissements de santé, des plaintes et réclamations de patients traitées en interface avec le Médiateur de la République ;
- en renforçant les exigences de la certification des établissements de santé sur la mise en place d'un système de gestion des plaintes et des réclamations, et sur la mise en œuvre des droits des patients en fin de vie et les soins palliatifs ;
- en introduisant dans la certification des exigences sur la mise en place d'une démarche de promotion de la bientraitance dans les établissements de santé.

Par ailleurs, la mission de développement de la bientraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux, confiée aux nouvelles Agences régionales de santé (ARS) par la loi de réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, représente un signal de l'intérêt, nouveau, des pouvoirs publics à traiter du problème.

Hospitalisation : des frais de moins en moins annexes

Franchises, déremboursements et autres dépassements d'honoraires pèsent lourdement sur le budget des ménages. S'y ajoutent les prix des services courants, curieusement nommés frais annexes, comme l'a démontré l'enquête réalisée par la CLCV en 2008 dans plus d'une centaine d'établissements hospitaliers publics et privés.

- ❖ Des suppléments chambres particulières au prix d'une chambre d'hôtel : 46 € en moyenne par nuit, et jusqu'à 70 €, voire 80 €.
- ❖ Des locations de téléviseurs qui rapportent entre 500 et 800 €/an/poste
- ❖ Des prix d'accès au service téléphonique souvent au-delà des plafonds légaux.

Ces dépenses concernent la grande majorité des patients et participent activement à leur bien-être et à leur guérison. Notre enquête démontre qu'en moyenne ces frais peuvent représenter de 271 € pour 5 jours à 737 € pour 14 jours de "reste à charge supplémentaire" pour la personne hospitalisée.

Au-delà des conséquences financières, c'est aussi la logique mercantile qui s'installe - bien différente de l'idée que l'on peut se faire de l'hôpital - que nous dénonçons.

Vos représentants dans le système de santé

Des militants d'associations agréées en matière de santé (la CLCV en fait partie) vous représentent à plusieurs niveaux :

- Dans chaque Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) siègent 2 représentants des usagers. Ils peuvent être saisis par les usagers. Leurs noms doivent être indiqués dans le livret d'accueil de l'établissement et le responsable en charge des relations avec les usagers doit pouvoir fournir leurs coordonnées aux usagers et indiquer la procédure pour les rencontrer ;
- Chaque établissement hospitalier dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), avec 2 représentants des usagers ;
- Chaque établissement a son comité de lutte contre la douleur (CLUD), avec des représentants des usagers ;
- Les usagers sont représentés au conseil de surveillance (équivalent à un conseil d'administration) de chaque

établissement de santé ;

- Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) ont été créées par un décret du 3 mai 2002. Elles sont composées de 20 membres dont des représentants des usagers ;
- Ils sont également présents dans la Conférence régionale de santé, le Groupe régional de santé publique, le Comité régional des usagers, la Conférence sanitaire de territoire, le Comité régional d'organisation sanitaire, ...
- Les usagers sont enfin représentés au conseil de surveillance des Agence régionales de santé, créées par la loi de 2009.

Certaines de ces commissions risquent de disparaître ou de voir leur composition et prérogatives changer avec l'entrée en vigueur progressive de la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) de 2009. En effet de nombreux décrets d'application ne sont pas encore sortis.

Votre témoignage est essentiel

Votre séjour dans un établissement de santé s'est mal passé, ou au contraire vous n'avez que des compliments à en faire. Vos rapports avec votre médecin traitant, ou avec des spécialistes, ou encore avec d'autres professionnels de santé n'ont pas été ce que vous attendiez, ou au contraire ont été conformes à vos aspirations... N'hésitez pas à témoigner :

- en nous écrivant : CLCV / santé/ 59 boulevard Exelmans, 75016 PARIS ou clcv@clcv.org
- en revoyant ce bon avec votre numéro de téléphone ou votre Email, afin que nous puissions recueillir votre témoignage en direct.

Nous publierons vos témoignages anonymement et nous en servirons comme levier pour obtenir des améliorations dans tous les secteurs de la santé.

Votre nom, prénom :

- Téléphone :
- Email :

Quelques adresses utiles

- **Le site de la CLCV** : www.clcv.org pour tout renseignement concernant notre association et ses activités, pour trouver également la CLCV la plus proche de chez vous, adhérer en ligne, vous procurer des documents édités par l'association.
- **L'Assurance maladie en ligne** : www.ameli.fr/ et par téléphone au 3646 avec un téléconseiller pour répondre à vos questions. En s'inscrivant sur le site, on peut accéder (avec un mot de passe) à un espace personnel qui permet de connaître le montant des derniers remboursements effectués sur son compte, d'accéder aux décomptes et même de poser des questions par mail (réponse sous 72 heures garantie).
- **Le site de la CLCV pour mieux vous nourrir** : www.lepointsurlatable.fr. Equilibre nutritionnel, lecture des étiquettes, etc., tout y est pour vous aider dans vos choix alimentaires.
- **Couverture maladie universelle** : www.cmu.fr, pour tout ce qui concerne la CMU et la CMU complémentaire, vos droits et devoirs. Autre voie de contact : Fonds CMU Tour Onyx 10 rue Vandrezanne 75013 PARIS. Standard : 01 58 10 11 90.
- **Platines** : www.platines.sante.gouv.fr/. Plateforme d'informations sur les établissements de santé établie par le ministère de la Santé français.
- **Commission d'accès aux documents administratifs (CADA)**, www.cada.fr 35, rue Saint-Dominique 75700 Paris 07 SP. Tél. : 01 42 75 79 99. Fax : 01 42 75 80 70. Email : cada@cada.fr.
- **La Mutualité française** : www.mutualite.fr/ regroupe la très grande majorité des mutuelles d'assurance santé en France. Vous y trouverez de nombreux renseignements sur ce que vous pouvez attendre de ces mutuelles.
- **La revue Prescrire** : www.prescrire.org/ est indépendante des laboratoires pharmaceutiques et produit une analyse critique des nouveaux médicaments sur le marché. Sur le site de la revue, vous trouverez des fiches Infos-Patients Prescrire, qui vous informeront sur certaines maladies.
- **Haute autorité de santé (HAS)** : www.has-sante.fr/. Organisme public indépendant d'expertise scientifique, consultatif, formule des recommandations et rend des avis indépendants. Offre aussi sur son site des informations destinées au grand public.
- **Santé Info Droits au 0 810 004 333** (n° Azur depuis un poste fixe, vous ne payez que le coût de la communication locale) ou au **01 53 62 40 30**. Il s'agit d'un service du CISS, Collectif interassociatif sur la santé, auquel la CLCV n'est pas adhérente. Vous pouvez également consulter le site www.droitsdesmalades.fr
- **HON - La Santé sur Internet** : Le code HON est la référence la plus largement admise pour la santé en ligne et les éditeurs médicaux. Actuellement, le HON code est employé par plus de 6500 sites Web certifiés couvrant 118 pays. Le site Web <http://www.healthonnet.org/> vous permet de sélectionner des sites médicaux dont les informations sont fiables. HON est accrédité par la Haute Autorité de Santé.
- **Le médiateur de la République** et son pôle santé : <http://www.securitesoins.fr> ; vous pourrez y trouver de nombreuses informations sur vos droits d'usager ou de malade, et saisir le médiateur si vous le souhaitez.
- **Hopital.fr** : un site pour mieux connaître le fonctionnement des hôpitaux et vos droits dans ces établissements. <http://www.hopital.fr>
- **Le Lien**, Association d'information et d'aide aux victimes d'infections nosocomiales, et d'accidents médicaux, a un site dédié à ces victimes. Vous y trouverez toute l'actualité sur ces sujets et des renseignements pratiques, et pourrez poser vos questions : <http://lelien.typepad.fr/>
- **L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)** a une double mission : permettre l'organisation effective du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux prévu par la loi, et indemniser les victimes. www.oniam.fr/