

Enquête nationale

FNATH, association des accidentés de la vie

L'accès aux soins des personnes handicapées et victimes du travail

(dernier volet de l'enquête)

Octobre 2017

**(Le premier volet publié en juillet portait sur le devenir professionnel des
victimes du travail : <http://www.fnath.org>)**

Synthèse de l'étude

Méthodologie et population enquêtée (voir annexes 1 et 2)

Tout au long de l'année 2016, la FNATH a reçu dans ses permanences des milliers de personnes souhaitant connaître davantage leurs droits. Ces entretiens avec un militant ou un salarié de l'association ont permis également de mener une enquête sur l'accès aux droits et donc leur respect. Cette enquête s'inscrit donc pleinement dans l'évaluation du respect de la démocratie sanitaire et des droits des usagers du système de santé.

Les répondants sont principalement des hommes (66%), majoritairement de plus de 46 ans (78%) et sans activité (23% sont en arrêt de travail, 23% en recherche d'emploi et 14% en retraite). De manière logique avec notre association, 9 personnes sur 10 nous ont contacté à la suite d'un accident ou une maladie en lien avec le travail (principalement un trouble musculo-squelettique). Ils présentent majoritairement un taux inférieur à 50% (moins de 10% d'incapacité : 30% ; entre 10 et 20% : 35% ; entre 20 et 50% : 15% ; entre 50 et 80% : 14% et plus de 80% : 6%). L'enquête constitue donc un éclairage unique sur l'accès aux droits des victimes du travail.

Au total, les répondants habitent dans 37 départements différents, répartis sur 11 régions.

85% des répondants bénéficient d'une complémentaire santé et 12% de la protection universelle maladie (qui remplace la CMU de base depuis le 1^{er} janvier 2016). 3% de nos répondants ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire, dont près de 50% parmi les personnes en recherche d'emploi.

1. Le respect des droits au cours d'un séjour hospitalier

Plus de 6 personnes sur 10 ayant répondu à notre enquête et s'étant rendu dans nos permanences ont séjourné lors de la dernière année dans un établissement de santé : 20% en ambulatoire, 37% pour une durée entre une journée et une semaine, 43% de plus d'une semaine (dont 25% de plus d'un mois).

Livret d'accueil. Seulement un peu plus de la moitié (54%) des répondants hospitalisés ont pu lire le livret d'accueil qui leur a été remis lors de leur admission dans l'établissement de santé, obligation pourtant légale. Le pourcentage des personnes déclarant ne pas l'avoir lu tombe de 40% à 22% chez les personnes hospitalisées plus d'une semaine.

Informations concernant l'état de santé et les soins ou traitements. 70% des participants ont le sentiment que les médecins qu'ils consultent habituellement leur apportent l'information nécessaire dont ils ont besoin concernant leur état de santé et les soins ou traitements qui y sont liés.

Droit de prendre des décisions concernant sa santé. Un tiers des personnes ayant répondu à notre enquête considère ne pas avoir été associés dans la prise de décision concernant leur santé. 42% des répondants déclarent que leurs demandes et attentes ont été suffisamment prises en compte. En revanche, 20% estiment que les médecins n'ont pas suffisamment pris en compte leurs demandes et attentes.

Le droit à la bientraitance. Concernant la maltraitance, 80% des répondants ont déclaré n'avoir jamais subi une maltraitance pendant leurs séjours hospitaliers.

9% des participants se sont rarement plaints pour une maltraitance durant leur séjour hospitalier. Ceux qui ont souvent ou très souvent dénoncé une maltraitance représentent quand même 4%.

Le droit au respect de l'intimité. Près des deux tiers (63%) des répondants ne se sont jamais plaints pour non-respect de leur l'intimité. 30% des personnes se plaignent d'une atteinte à leur intimité (dont 10% rarement). Ils sont 8% à estimer que cela a été très souvent. Au total donc, 38% des personnes se sont plaints du non-respect de leur intimité.

Le droit à la prise en charge de la douleur. 25% des répondants se sont plaints de la prise en charge de la douleur souvent voire même très souvent pendant leur séjour.

Hôtellerie/Restauration. 19% des participants se sont souvent voire, très souvent, plaints des problèmes portant sur le service d'hôtellerie ou de restauration. Plus la durée de séjour est longue, plus les conditions d'hôtellerie et de restauration se dégradent.

2. L'accès au dossier médical

Grande avancée de la loi dite droit des malades de 2002, l'accès au dossier médical semble avoir du mal à être appliqué sans difficultés. Seulement 42% des répondants ont eu accès à leur dossier médical sans difficultés, alors que 15% d'entre eux ont pu y accéder mais avec difficultés.

37% des répondants hospitalisés n'ont pas pu accéder à leurs dossiers médicaux, soit presque l'équivalent de 4 personnes sur 10.

Des variations régionales peuvent être constatées : en Ile de France, ils sont 16% à n'avoir pu accéder à leur dossier médical, alors qu'ils sont 20% en Occitanie, 30% dans les Hauts-de-France et 56% en région Rhône-Alpes-Auvergne.

3. La connaissance par les usagers des procédures

L'enquête montre à quel point les personnes méconnaissant l'ensemble des procédures permettant de faire connaître leurs plaintes.

Connaissance du responsable du traitement des plaintes. Plus de 8 répondants sur 10 ne connaissent pas le responsable du traitement des plaintes désigné dans l'établissement de santé. Seulement 11% des répondants le connaissent (le reste n'ayant pas souhaité répondre).

La commission des relations avec les usagers. La majorité des répondants ayant séjourné dans un établissement de santé, soit 7 personnes sur 10, ne connaît pas la commission de relations avec les usagers.

Les commissions de conciliation et d'indemnisation. Là encore, notre enquête montre à quel point peu de personnes se déclarent informées du dispositif de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux. En effet, 7 répondants sur dix (68%) déclarent ne pas la connaître. Ceux qui la connaissent et savent précisément de quoi il s'agit ne représentent que 9%, tandis que ceux qui la connaissent sans pour autant connaître sa mission, représentent 12%.

Information sur les actions à mener en cas de problème suite à un acte de soin. 1 personne sur deux (49%) ne se sent pas du tout ou plutôt pas informée sur les actions à mener en cas de problème de santé suite à un acte de soins. Les participants qui se sentent bien informés ou plutôt bien informés sur les actions à mener représentent respectivement 15% et 19% des participants. 15% des répondants déclarent ne pas savoir s'ils étaient ou non bien informés sur la question.

4. Les coûts des soins

Un devis détaillé sur les dépassements d'honoraires supérieurs à 70€. Si les dépassements d'honoraires sont supérieurs à 70 €, le praticien doit remettre au patient une information écrite mentionnant les prix des actes et des dépassements. 54% des répondants de notre enquête confrontés à un dépassement d'honoraire supérieur à 70 euros n'ont pas eu de communication d'un devis. Seulement un quart des participants déclarent avoir reçu un tel devis.

L'affichage des tarifs. Les professionnels de santé exerçant à titre libéral et les centres de santé ont l'obligation d'afficher de façon claire et lisible leurs honoraires et tarifications d'actes et de prestations, ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie. Près des deux-tiers des répondants (63%) affirment que leur médecin respecte cette obligation.

Information sur le coût des soins et leur prise en charge. La majorité des répondants (54%) considèrent ne pas être bien informés lorsqu'ils se rendent chez un professionnel de santé.

Le report ou le renoncement à la consultation d'un médecin. Les deux-tiers (66%) des personnes ayant répondu à notre enquête déclarent avoir reporté ou renoncé à la consultation d'un médecin. Parmi eux, les raisons invoquées sont pour 51% d'entre eux liés aux honoraires pratiqués et pour 49% liés à l'obligation d'avancer le montant de la consultation.

Parmi les personnes accidentées du travail, 36% renoncent à une consultation soit en raison de son coût soit de l'impossibilité de faire l'avance de la consultation. Ce pourcentage est d'autant plus élevé que les personnes accidentées du travail bénéficient en principe de la prise en charge à 100% des soins liées à leur accident du travail.

Soins dentaires, lunettes et médicaments : des renoncements importants. 43 % des personnes ont dû reporter ou renoncer à des soins dentaires, 30% à l'achat de lunettes et 30% à l'achat de médicaments prescrits par leur médecin, car, mal remboursés.

Première partie

Le respect des droits au cours d'un séjour hospitalier

Le respect des droits des usagers du système de santé est au cœur de la démocratie sanitaire.

Au début du 21^{ème} siècle, les droits des usagers du système de santé ont connu une progression sans précédent. Les interventions législatives successives ont consacré des droits déjà existants et reconnu de nouveaux droits. En effet, la loi du 4 mars 2002 dite loi « Kouchner » relative aux malades et à la qualité du système de santé et celle de 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, considèrent le patient comme un acteur de sa propre santé et le placent au centre du débat sanitaire.

Depuis 2002, certains devoirs déontologiques sont devenus des droits inscrits dans le code de la santé publique, notamment le droit d'avoir une information claire et appropriée, le droit de participer aux décisions relatives à sa santé, le droit d'accès au dossier médical, le droit d'être informé sur les voies d'action mises à sa disposition pour faire valoir ses droits....

Cette partie examine l'appréciation des répondants ayant séjourné lors de la dernière année dans un établissement de santé, soit 65% des répondants. Autrement dit, plus de 6 personnes sur 10 ont été hospitalisées pour une durée d'au moins une journée (au cours de la dernière année).

1 – La durée du séjour hospitalier

Dans notre questionnaire, nous avons souhaité connaître la durée du séjour hospitalier, afin de mieux analyser le reste des questions.

La durée moyenne de séjour hospitalier est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité de la prise en charge hospitalière. Un séjour hospitalier court signifie un déplacement de la prise en charge vers des soins, et donc des frais d'hospitalisation, moins onéreux. Un séjour hospitalier long pourrait être un facteur d'aggravation de l'état de santé du patient. Déjà affaibli par l'accident de la vie, une hospitalisation de longue durée pourrait réduire la capacité du patient à vivre seul, à se laver, à s'habiller....

Parmi les répondants de notre enquête, arrivent en tête les séjours hospitaliers d'une durée entre une journée et une semaine (37%), soit l'équivalent d'un peu plus de 3 personnes sur 10.

Au deuxième rang, l'enquête enregistre que près d'un quart des participants ont été hospitalisés pour une durée de plus d'un mois.

Les hospitalisations en ambulatoire représentent 20%, tout comme les hospitalisations entre une semaine et un mois.

2 - La remise et la lecture du livret d'accueil

Dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil¹ doit être remis à toute personne hospitalisée ou, à défaut, à un de ses proches. Il a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prise en charge.

Afin que les personnes hospitalisées puissent exercer leur libre choix, le livret d'accueil doit contenir les conditions de mise à la disposition des personnes hospitalisées d'une information portant sur la nature des activités des établissements. Le livret doit également contenir les dispositions relatives aux droits de la personne hospitalisée.

Cette obligation est ancienne, bien qu'elle n'ait été hissée au niveau législatif qu'à la suite de l'ordonnance du 24 avril 1996. L'arrêté du 7 janvier 1997 a défini le contenu de ce livret d'accueil. Puis, l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil est venu remplacer celui de 1997 susvisé pour tenir compte des nouvelles dispositions législatives et réglementaires. Cet arrêté mentionne les indications qui doivent obligatoirement figurer dans le livret d'accueil. Il précise toutefois qu'en tant que de besoin, ces informations peuvent être complétées par d'autres renseignements. Par ailleurs, il ne précise rien concernant la présentation du livret. Le contenu du livret, tant sur la forme que sur le fond, bien qu'encadré réglementairement, offre une marge de manœuvre conséquente pour apporter une information de qualité à la personne hospitalisée.²

Les résultats de notre enquête

Un peu plus de la moitié (54%) des répondants hospitalisés ont pu lire le livret d'accueil qui leur a été remis lors de leur admission dans l'établissement de santé, obligation pourtant légale.

40% des répondants précisent qu'ils n'ont pas pu le lire, ni eux ni l'un de leurs proches. Ils n'ont donc ainsi pas pu prendre connaissance de leurs droits. On notera également que près de 6% des personnes ne se prononcent pas, ce qui laisse à penser que soit on ne leur a pas donné, soit ils ne l'ont pas lu suffisamment pour s'en souvenir.

Toutefois, il convient de préciser que ce pourcentage diminue, pour atteindre 22% pour les personnes hospitalisées plus d'une semaine (ce pourcentage est le même si la durée de l'hospitalisation dépasse un mois).

On observe sur ce point des disparités territoriales : ainsi, en Ile de France, le pourcentage des personnes déclarant ne pas avoir lu le livret d'accueil tombe à 32%. Bien que plus favorable, il est pour autant nettement en retrait des chiffres annoncés par la CRSA – Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – d'Ile de France, dans un rapport communiqué en 2015³. Selon ce rapport, sur 2000 établissements de santé enquêtés en Île-de-France 88,5% d'entre eux remettent systématiquement le livret d'accueil au moment de l'admission des patients (78 % en 2011 et 2012)⁴.

¹ L'article L1112-2 CSP prévoit : « Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé. ».

² Guide Elaborer et diffuser le livret d'accueil :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elaborer_et_diffuser_le_livret_d_accueil_des_personnes_hospitalisees_-_recommandations_et_propositions-2.pdf

³ CRSA Île-de-France, Rapport annuel 2014 sur le respect des droits des usagers du système de santé, Données 2013, Page 7.

Le pourcentage des personnes déclarant ne pas avoir pu lire le livret d'accueil varie de 8% en Rhône-Alpes-Auvergne, qui présente le meilleur taux, à 56% en Occitanie.

Il est aussi possible que la majorité des établissements respecte cette obligation prévue par le code de la santé publique, en remettant systématiquement le livret d'accueil aux patients admis en leur sein. Mais notre enquête montre que seulement la moitié des participants ont pu le lire. Il serait donc légitime de se poser la question sur la possibilité d'accompagner la remise du livret d'accueil d'une explication verbale des principaux droits contenus dans celui-ci.

La non lecture du livret d'accueil prive la personne hospitalisée d'accéder à des informations qui lui sont indispensables dans le cadre de son séjour hospitalier, à savoir, des informations liées à la nature des activités de l'établissement et son organisation générale, des informations liées aux différents modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que besoin, et des informations portants sur les droits de la personne hospitalisée⁵.

La non-effectivité du droit d'avoir un livret d'accueil se répercute sur le reste des droits des usagers du système de santé et crée une sorte d'effet boule de neige.

3 - Informations concernant l'état de santé et les soins ou traitements

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Les professionnels de santé sont tenus de délivrer une information claire, précise et fidèle à la réalité. Les moyens mis en œuvre doivent être adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'accès à l'information.

Ce droit a été instauré par la jurisprudence⁶, et confirmé par la loi du 4 mars 2002, dite « *loi Kouchner* » et le code de la déontologie médicale⁷.

Afin d'obtenir le consentement libre éclairé de son patient, le médecin, avant de pratiquer son acte médical de soins, de diagnostic ou de prévention, doit informer le patient sur l'acte médical qu'il va pratiquer et les risques qui y sont rattachés⁸. Il doit donner des informations concernant l'état de santé et son évolution prévisible, les traitements ou actions de prévention et le déroulement des examens, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles....

⁵ Les Articles 1 et 2 de l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

⁶ La reconnaissance du caractère contractuel à la relation patient-médecin à l'occasion de l'affaire dite « *Mercier* », a permis aux magistrats mettre une obligation d'information à la charge des médecins. En effet, l'échange de consentement exige un échange d'information claire et approprié sur l'objet de l'engagement de chacune des parties.

⁷ L'article 35 du code de déontologie médical prévoit que : « *Le professionnel de santé doit Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il Lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

⁸ Arrêt du conseil d'état du 19 octobre 2016, n°391538 du 19 octobre 2016. Il énonce que : « *la circonstance qu'un risque de décès ou d'invalidité répertorié dans la littérature médicale ne se réalise qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de le porter à la connaissance du patient* ».

Après l'acte ou l'intervention, si des risques nouveaux liés à l'intervention ou au traitement sont identifiés, le médecin doit également informer la personne concernée.

La charge de preuve que l'obligation d'information a été respectée pèse sur le professionnel de santé⁹. Le droit à l'information passe aussi par l'accès au dossier médical.

Les résultats de notre enquête

Concernant ce droit, selon notre enquête, on s'aperçoit que presque 70% des participants ont le sentiment que les médecins qu'ils consultent habituellement leur apportent l'information nécessaire dont ils ont besoin concernant leur état de santé et les soins ou traitements qui y sont liés.

Toutefois, presque 3 personnes sur 10 (28%) estiment que leur droit d'être informé sur leur état de santé, les soins et traitements qui y sont liés, n'a pas été respecté par leur médecin. Mais ce nombre tombe à 18% pour les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle et à 10% pour les personnes en ALD.

4 - Le droit de prendre des décisions concernant sa santé

La loi prévoit que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». C'est le droit de participer aux décisions et aux choix thérapeutiques concernant sa santé. Un droit instauré par l'article 1111-4 du code de la santé publique¹⁰ et confirmé par la jurisprudence civile et administrative.

Nous avons donc interrogé les personnes pour savoir si, selon elles, ce droit avait été respecté, c'est-à-dire si elles ont pu prendre des décisions concernant leur traitement.

Un tiers des personnes ayant répondu à notre enquête considèrent ne pas avoir été associé dans la prise de décision concernant leur santé.

Toutefois, 42% des répondants ont déclaré dans le cadre de notre enquête que leurs demandes et attentes ont été suffisamment prises en compte dans les soins et traitements préconisés par le médecin. Mais, 20% pensent toutefois que les médecins n'ont pas suffisamment pris en compte leurs demandes et attentes. On notera le pourcentage très élevé de personnes qui ne se prononcent pas sur cette question (30%).

5 - Le droit à la bientraitance

Concernant la maltraitance, globalement, les personnes enquêtées ne se sont pas plaintes lors de leur séjour dans un établissement de santé. 80% des répondants ont déclaré n'avoir jamais subi une maltraitance pendant leurs séjours hospitaliers. 9% des participants se sont rarement plaints pour une maltraitance durant leur séjour hospitalier.

⁹ Arrêt de la première chambre civile Cour de cassation, N° 94-19685 du 25 février 1997.

¹⁰ Article 1111-4 CSP « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. ... Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité* ».

Ceux qui ont souvent ou très souvent dénoncé une maltraitance représentent 4%. A noter qu'ils sont 10% parmi les personnes atteintes d'une affection longue durée. En revanche, on ne constate pas de variation en fonction de la durée de l'hospitalisation.

6. - Le droit au respect de l'intimité¹¹

Le patient a droit au respect de sa vie privée.

La « *Charte de la personne hospitalisée* » insiste sur le fait que « *l'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales* ».

Les interventions sur les parties génitales, ne sont pas les seuls actes, qui peuvent porter atteinte à l'intimité.

Car, la sphère de l'intime est beaucoup plus vaste que ça. L'espace privé commence à la porte de la chambre du patient. Ainsi, un professionnel de santé devrait toquer à la porte et demander l'autorisation d'y pénétrer, respecter les espaces réservés au patient (la salle de bain, la table de nuit, ...), demander l'autorisation de toucher à ses effets personnels...

De même, une personne hospitalisée peut demander que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée. La chambre du malade étant assimilée par la jurisprudence à un lieu privé, le malade peut donc refuser des visites.

Le respect de la confidentialité du courrier, des communications téléphoniques et des entretiens avec des visiteurs ou des professionnels de santé doit être garanti. Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et du directeur de l'établissement.

Le respect de l'intimité pose la nécessité de recueillir préalablement le consentement du patient puisque partager l'intimité de la personne malade ne peut être autorisé qu'avec l'accord de ce dernier.

Les résultats de notre enquête

Près des deux tiers (63%) des répondants ne se sont jamais plaints pour non-respect de leur l'intimité.

30% des personnes se plaignent d'une atteinte à leur intimité (dont 10% rarement). Ils sont 8% à estimer que cela a été très souvent.

¹¹ Le questionnaire demandait si les personnes avaient eu à se plaindre lors de leur séjour à l'hôpital de l'un ou plusieurs des motifs suivants : la maltraitance, le respect de l'intimité, la prise en charge de la douleur, l'hôtellerie et la restauration.

Au total, ils sont 45% à se plaindre d'un de ses motifs. Parmi ces 45%, ils sont 46% à ne se plaindre que d'un seul de ses motifs, 35% à se plaindre de deux motifs, 18% de trois motifs et 13% de quatre motifs.

7 - Le droit à la prise en charge de la douleur

L'obligation pour les établissements de santé de prendre en charge la douleur de leurs patients est prévue par le code de la santé publique¹². Depuis 1998, trois plans nationaux ont été élaborés afin de lutter contre la douleur. Le premier plan triennal entre 1998 et 2000¹³, le deuxième est quadriennal, entre 2002 et 2005¹⁴, et le troisième entre 2006 et 2010¹⁵.

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée¹⁶ par des moyens adaptés.

Il existe ainsi des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique ayant un retentissement sur la vie quotidienne.

Avant tout acte, le personnel de santé doit expliquer la technique employée et son déroulement. Si cet acte est réputé douloureux, le soignant doit se référer à un protocole de prise en charge de la douleur prévu par le médecin ou le chirurgien qui vous soigne. Ce protocole doit être strictement suivi par le personnel soignant.

Les résultats de notre enquête

Selon notre enquête, 43% des participants ne se sont jamais plaints d'un manque de prise en charge de la douleur.

57% des répondants se sont donc plaints de la prise en charge de la douleur : 32% rarement, 15% souvent et 10% très souvent. Un quart des personnes interrogées se sont donc plaints souvent ou très souvent de la prise en charge de la douleur.

8. - Hôtellerie/Restauration

La moitié des répondants ayant fait un séjour hospitalier au cours de la dernière année n'a jamais eu de problème portant sur le service de l'hôtellerie ou de la restauration. Un peu plus de 2 personnes sur 10 ont déclaré qu'ils étaient rarement confrontés à un problème de cet ordre-là.

19% des participants se sont souvent voire, très souvent, plaints des problèmes portant sur le service d'hôtellerie ou de restauration. Plus la durée de séjour est longue, plus les conditions d'hôtellerie et de restauration se dégradent.

¹² L'article L1112-4 CSP prévoit : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».

¹³ Circulaire DGS/DH N°98/586, du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

¹⁴ Circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

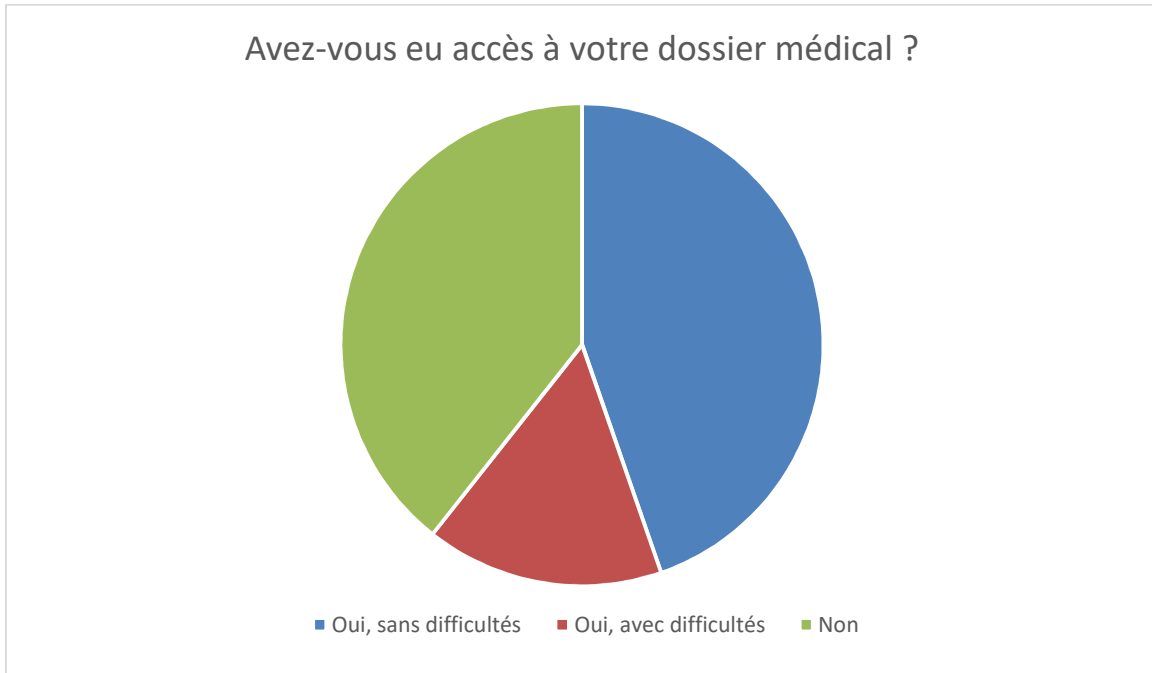
¹⁵ Ministère de la santé et des solidarités, plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, 2006-2010.

¹⁶ Article L1110-5-3- du code la santé publique prévoit : « Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. »

DEUXIEME PARTIE

L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical constitue sans nul doute une grande avancée de la loi dite droit des malades de 2002. 15 ans après, cette loi a visiblement du mal à être appliquée sans difficultés.



Ainsi, il ressort de notre enquête que seulement 42% de la totalité des personnes interrogées ont eu accès à leur dossier médical sans difficultés, alors que 15% d'entre eux ont pu y accéder mais avec difficultés.

Enfin, 37% des répondants n'ont pas pu accéder à leur dossier médical, soit presque l'équivalent de 4 personnes sur 10. On notera que 6% des personnes enquêtées n'ont pas souhaité répondre à cette question, sans qu'il soit aisé pour autant d'interpréter ce nombre relativement élevé.

Là encore, on peut constater des variations régionales : ainsi, selon notre enquête ils sont 16% à n'avoir pu accéder à leur dossier médical en Ile de France, alors qu'ils sont 20% en Occitanie, 30% dans les Hauts-de-France et 56% en région Rhône-Alpes-Auvergne.

TROISIEME PARTIE.

La connaissance par les usagers des procédures

L'enquête montre à quel point les personnes méconnaissent l'ensemble des procédures permettant de faire connaître ses plaintes.

1 - Connaissance du responsable du traitement des plaintes

La très grande majorité (près de 8 répondants sur 10) des personnes enquêtées ne connaissent pas le responsable du traitement des plaintes désigné dans l'établissement de santé. Seulement 11% des répondants le connaissent.

Le reste des répondants, soit 10% des personnes, n'a pas souhaité répondre. Cette absence de réponse peut aussi s'expliquer par le fait qu'ils aient pu oublier cette information depuis la sortie de l'établissement de santé (l'année précédant l'enquête).

Même parmi les personnes ayant signalé s'être plaint pour au moins 3 motifs (maltraitance, intimité, prise en charge de la douleur et hôtellerie - restauration), le pourcentage de personnes connaissant le responsable des plaintes, bien qu'un peu plus élevé, reste très faible : 12%.

Ces pourcentages particulièrement bas peuvent également s'expliquer par le fait que les personnes ne sont plus dans un établissement hospitalier lorsqu'ils répondent au questionnaire. Ils ont donc pu oublier cette information. Cela n'en traduit pas moins le fait que cette information semble particulièrement peu connue.

2- La commission des relations avec les usagers

La commission des relations avec les usagers, présente dans tous les établissements, veille à faire respecter les droits des usagers et à faciliter leurs démarches. Elle informe les usagers sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Elle est également chargée de faire des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.

La majorité des répondants ayant séjourné dans un établissement de santé, soit 7 personnes sur 10, ne connaît pas la commission de relations avec les usagers.

Selon le rapport annuel de 2014 de la CRSA Ile de France sur le respect des droits des usagers du système de santé, (87%) des établissements ont affiché la liste nominative et actualisée de la CRUQPC dans les lieux fréquentés par le public (85% en 2012).

Nous constatons ici, une grande différence entre les résultats des deux enquêtes qui changent par rapport au débiteur ou au créancier de l'information. Si on se place du côté des établissements de santé, on s'aperçoit que 87% d'entre eux ont rempli leur rôle à travers l'affichage la liste nominative de la CRU. Tandis que si on se place du côté des patients bénéficiaires de l'information, il s'avère que seulement 6% d'entre eux connaissent la CRU et savent de quoi il s'agit (ce pourcentage tombe à 4% pour ceux n'ayant pas lu le livret d'accueil).

Le simple affichage ne suffit pas pour informer les patients hospitalisés de l'existence de la CRU. A cet effet, outre l'obligation d'afficher la liste des représentants, l'établissement de santé devrait informer le patient sur l'existence et le rôle de CRU au sein de l'établissement de santé d'une façon verbale.

3 - Connaissance des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

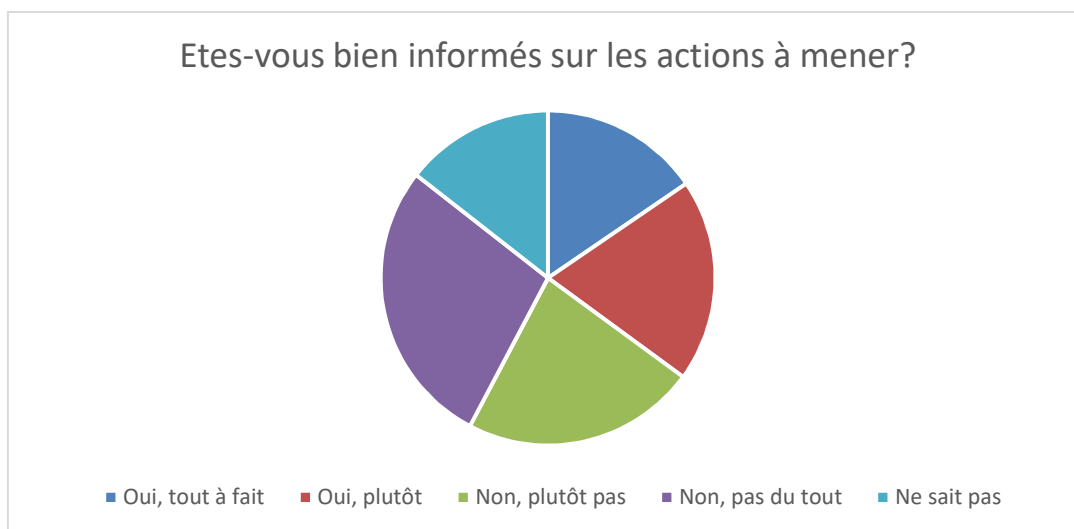
Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) sont chargées d'une double mission :

- une mission de conciliation : organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.
- une mission d'indemnisation: faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

Là encore, notre enquête montre à quel point peu de personnes se déclarent informés du dispositif de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux.

En effet, 7 répondants sur dix (68%) déclarent ne pas connaître la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux. Ceux qui la connaissent et savent précisément de quoi il s'agit ne représentent que 9%, tandis que ceux qui la connaissent sans pour autant connaître sa mission, représentent 12%.

4 - Information sur les actions à mener en cas de problème suite à un acte de soin



Les résultats de l'enquête montrent que presque 1 personne sur deux (49%) ne se sent pas bien informée sur les actions à mener en cas de problème de santé suite à un acte de soins. Cette catégorie est composée de ceux qui ne se sentent pas du tout informés là-dessus (27%), et de ceux qui pensent qu'ils n'en étaient plutôt pas informés (22%).

Les participants qui se sentent bien informés ou plutôt bien informés sur les actions à mener représentent respectivement 15% et 19% des participants.

15% des répondants déclarent ne pas savoir s'ils étaient ou non bien informés sur la question.

QUATRIEME PARTIE

Le coût de l'accès aux soins

L'article L1111-3 du code de la santé publique prévoit : « *Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite* ».

1 – L'information sur les coûts des soins

Un devis détaillé sur les dépassements d'honoraires supérieurs à 70€

Tout patient a le droit d'être informé¹⁷ sur le montant des actes et des prestations proposées lors de consultations (prévention, diagnostic, soin). Cette obligation s'impose aux professionnels de santé et aux établissements de santé.

L'information porte sur les tarifs de consultation avec, le cas échéant, le montant de dépassements d'honoraires, et les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie. L'affichage doit être réalisé dans la salle d'attente du praticien. La délivrance de l'information est gratuite.

Sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par la sécurité sociale. C'est le cas par exemple des médecins exerçant en secteur 2.

Si les dépassements d'honoraires sont supérieurs à 70 €, le praticien doit remettre au patient une information écrite mentionnant les prix des actes et des dépassements. Cette information doit être donnée avant l'exécution des actes au patient. Le but de cette obligation est d'éviter des consultations dont le montant dépasse ses capacités financières, ou, de régler des sommes dont il ne s'attendait pas.

Le dépassement d'honoraire correspond au montant facturé par le professionnel de santé, qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et qui reste à la charge du patient ou à la charge de son assurance complémentaire.

Les résultats de notre enquête

Notre enquête montre que 54% des répondants de notre enquête confrontés à un dépassement d'honoraire supérieur à 70 euros n'ont pas eu de communication d'un devis. Seulement un quart des participants déclarent avoir reçu un tel devis. Pour les personnes ne disposant pas de complémentaires le pourcentage des personnes n'ayant pas eu de communication d'un devis est même légèrement supérieur (57%).

¹⁷ La [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#) a modifié les informations à transmettre aux patients sur les tarifs des consultations et actes médicaux. Un arrêté doit fixer notamment le montant au-delà duquel un devis est établi par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et les centres de santé.

L'affichage des tarifs

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral et les centres de santé ont l'obligation¹⁸ d'afficher de façon claire et lisible leurs honoraires et tarifications d'actes et de prestations, ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie. Le praticien doit également vous indiquer de façon claire s'il exerce en secteur 1 ou en secteur 2.

Cet affichage doit être réalisé dans la salle d'attente du praticien.

Les résultats de notre enquête

Cette obligation semble être respectée, en partie. En effet, près des deux-tiers des répondants (63%) affirment que leur médecin respecte cette obligation. En revanche, près d'un tiers des répondants (28%) déclarent que leur médecin n'affiche pas leurs tarifs. 9% ne répondent pas, peut-être parce qu'ils ne s'en souviennent pas, ce qui laisserait plutôt penser que leur médecin ne pratique pas cet affichage. Toutefois, rien ne permet de l'affirmer.

Information sur le coût des soins et leur prise en charge

L'obligation pour le médecin d'informer son patient sur le coût des soins et sa prise en charge, est prévue par les articles 1111-3 à 1111-6 du code de la santé publique.

La majorité des répondants (54%) considèrent ne pas être bien informés lorsqu'ils se rendent chez un professionnel de santé. 38% pensent qu'ils ont été bien informés quand ils se sont rendus chez un professionnel de santé.

2. L'impact du coût des soins

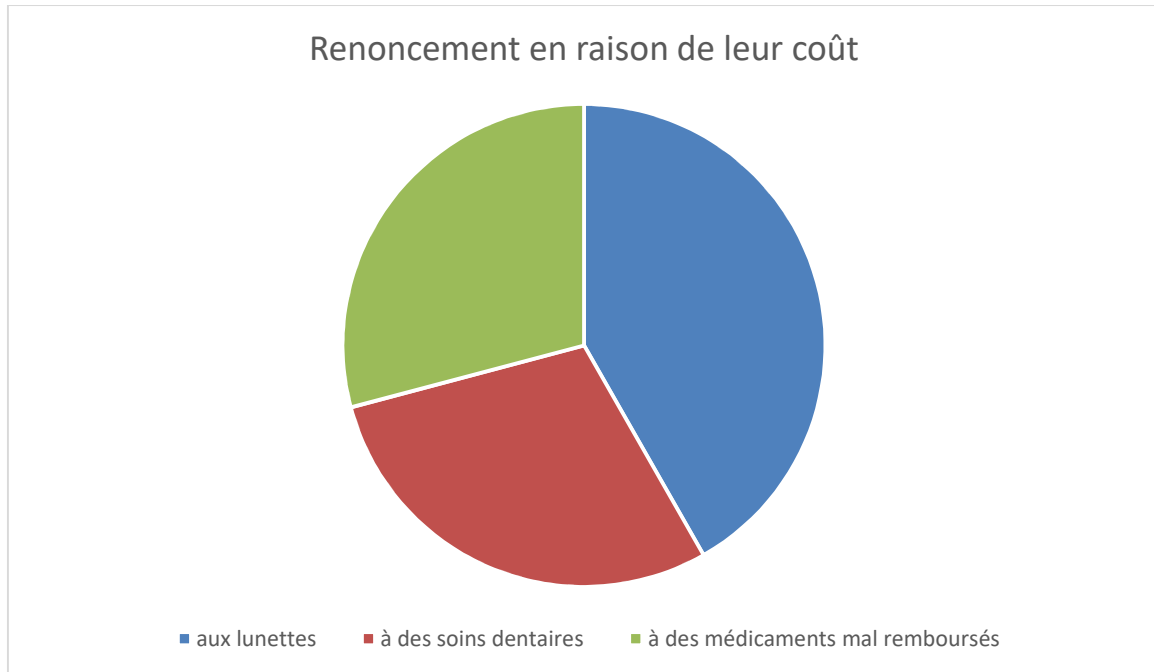
2.1 - Le report ou le renoncement à la consultation d'un médecin

Les deux-tiers (66%) des personnes ayant répondu à notre enquête déclarent avoir reporté ou renoncé à la consultation d'un médecin. Parmi eux, les raisons invoquées sont pour 51% d'entre eux liés aux honoraires pratiqués et pour 49% d'entre eux liés à l'obligation d'avancer le montant de la consultation. 13% l'ont fait pour les deux raisons.

Parmi les personnes accidentées du travail, 36% renoncent à une consultation soit en raison de son coût soit de l'impossibilité de faire l'avance de la consultation. Ce pourcentage est d'autant plus élevé que les personnes accidentées du travail bénéficient en principe de la prise en charge à 100% des soins liées à leur accident du travail.

¹⁸ Article R1111-22 CSP prévoit que : « Les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et III de la quatrième partie du présent code et qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent... »

2.2 - Soins dentaires, lunettes et médicaments : des renoncements importants



Sur cette question, nous avons constaté un taux très important des participants qui ont été contraint de reporter ou de renoncer à des soins dentaires, à l'achat de lunettes de vue ou à l'achat de médicaments prescrit par leur médecin mais mal remboursés, en raison de leur coût.

Concernant les soins dentaires, les personnes qui ont été contraintes de reporter ou de renoncer leurs soins représentent (43%) de la population enquêtée.

Deuxièmement, sur la question qui porte sur l'achat de lunette de vue, l'enquête montre que 30% des répondants ont été contraints de reporter ou de renoncer à l'achat de lunette de vue en raison de leur coût.

Enfin, les adhérents qui ont été obligés de reporter ou de renoncer à l'achat de médicaments prescrits par leur médecin, car, mal remboursés, représentent (30%) des participants à notre enquête.

Annexes

Annexe 1 – Méthodologie

Annexe 2 – Population enquêtée

Annexe 3 – Questionnaire

Annexe 1 – Méthodologie

1.1 – Construction et objectifs de l'enquête

Tout au long de l'année 2016, la FNATH a reçu dans ses permanences des milliers de personnes souhaitant en connaître davantage sur leurs droits. Ces entretiens avec un militant ou un salarié de l'association ont ainsi permis d'écouter et de renseigner des usagers du système de santé, ignorant souvent une partie ou la totalité de leurs droits et étant donc dans l'impossibilité de les faire respecter.

Ces entretiens ont également constitué l'occasion de mener une enquête par le biais d'un questionnaire, élaboré par un comité de pilotage constitué de bénévoles et d'adhérents de l'association, confrontés à un événement de santé, qui les a conduits à rencontrer leur médecin ou à être hospitalisé.

Le questionnaire comporte trois volets :

- la première partie porte sur une présentation générale de la personne enquêtée, ce qui permet d'affiner l'analyse des réponses, ainsi que sa situation professionnelle depuis l'accident de la vie. **La FNATH présente ici les enseignements de cette première partie.**
- La deuxième partie porte sur le respect des droits des usagers du système de santé, en particulier à l'occasion d'un séjour hospitalier, et notamment le droit d'accès au dossier médical, le droit à l'information du patient, le droit du patient de participer aux décisions relatives à sa santé, ainsi que les voies d'action mises à sa disposition pour faire valoir ses droits.
- Enfin, la troisième partie porte plus particulièrement sur le coût de l'accès aux soins, et son impact sur les renoncements à certains soins.

1.2 – La diffusion du questionnaire

Afin de mobiliser l'ensemble des associations départementales et locales de l'association, le questionnaire a été diffusé par le biais du réseau de la FNATH.

Concrètement, le questionnaire était rempli par nos adhérents dans un des points de permanence de notre association d'avril à mai 2016. Ils étaient accompagnés pour le faire par un bénévole ou salarié de la FNATH, afin de leur expliquer le contexte de l'étude mais aussi de certaines questions.

Annexe 2 - Présentation de la population enquêtée

L'âge de la personne, son sexe, sa situation socio-professionnelle, ses problèmes de santé, le motif d'adhésion à la FNATH... sont des questions qui permettent de définir le profil du répondant et donc d'analyser de manière plus complète les enseignements que l'on peut tirer de cette enquête sur l'accès aux droits des personnes handicapées, malades et accidentées.

L'enquête menée par l'association FNATH auprès de ses adhérents a permis de recueillir 4940 réponses. Pour deux-tiers d'entre eux, ce sont des hommes (66%).

2.1 - L'âge des répondants

Deux tranches d'âge dominant nettement et représentent chacune 39% :

- les plus de 56 ans : de manière plus précise, 33% des répondants a un âge compris entre 56 et 66 ans et 5% a plus de 66 ans.
- La tranche d'âge entre 46 et 56 ans.

Les autres tranches d'âge sont moins importantes : 13% des répondants ont entre 36 et 46 ans et 5% a moins de 36 ans. Par ailleurs, dans 4% des réponses recueillies, l'âge de l'adhérent n'a pas été renseigné.

2.2 - La situation professionnelle du répondant

L'étude des réponses permet de distinguer trois groupes à peu près équivalents :

- les personnes actuellement en activité : elles représentent plus de 28%. Les salariés du secteur privé sont sur-représentés (18%). Viennent ensuite les fonctionnaires publics d'état, hospitalière ou territoriale (7%), les indépendants installés à leur compte, comme artisan, commerçant, agriculteur... (3%) et enfin les professions libérales (à peine 0,4%).
- les personnes en arrêt de travail représentent quant à elles 23% des personnes ayant répondu à notre enquête.
- les personnes en recherche d'emploi représentent quant à elles également 23% de la population enquêtée.

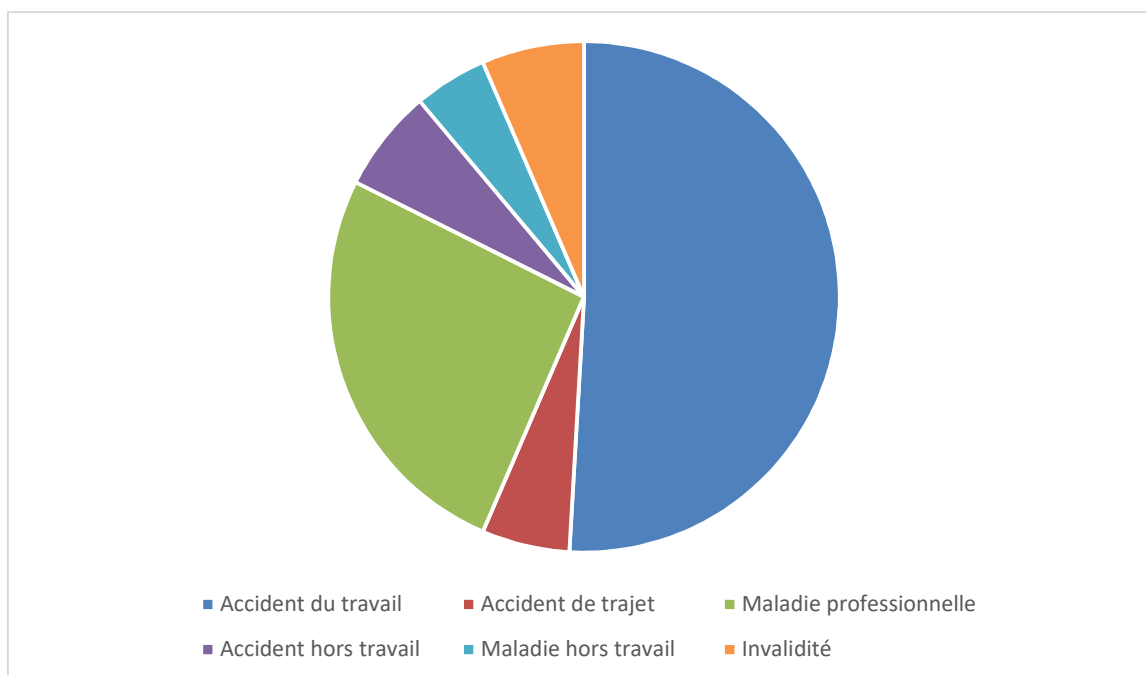
Le dernier quart des répondants recouvre des personnes en retraite ou pré-retraite (14%) ou dans une autre situation (au foyer, invalidité...) pour 13%. Enfin, 1% des personnes déclarent être en formation.

2.3 – Le motif d’adhésion à la FNATH

Le questionnaire permettait des réponses multiples, nos adhérents pouvant être confrontés à plusieurs événements de santé conduisant à leur adhésion. Cela explique que le pourcentage est supérieur à 100%.

Notre questionnaire listait les possibilités suivantes :

1. un accident du travail (hors accident du trajet)
2. Un accident de trajet (survenu lors du trajet domicile-travail)
3. Une maladie liée au travail,
4. Un accident ou un handicap non lié au travail
5. Une maladie non liée au travail
6. Une invalidité



Pour près de 9 personnes sur 10 les motifs d’adhésion à la FNATH sont consécutifs à un accident ou une maladie en lien avec le travail (au total 89%). Plus précisément, 55% des personnes ont eu un accident du travail, 28% déclarent une maladie professionnelle et 6% un accident de trajet. On notera qu’ils sont 3% à déclarer à la fois un accident du travail et une maladie professionnelle.

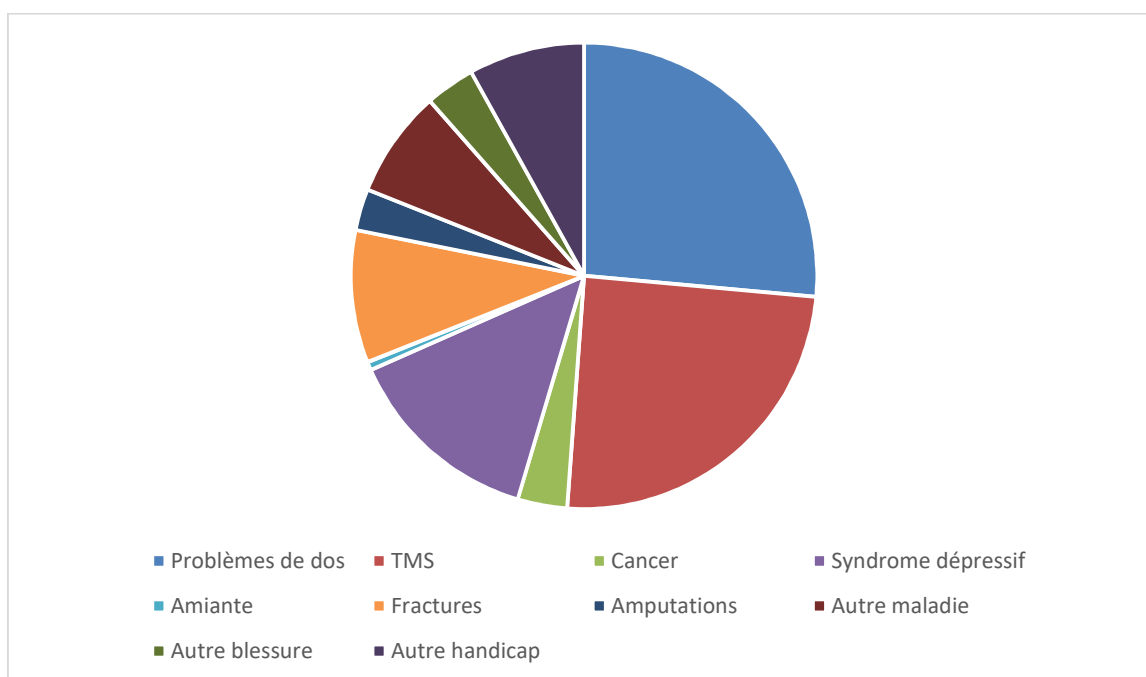
En 2011, l’enquête que nous avons menée auprès de nos adhérents montrait elle aussi, fort logiquement en raison de l’histoire et de l’activité de notre association, une surreprésentation des handicaps et maladies liés au travail. En effet, près des trois quarts des motifs d’adhésion à la FNATH portaient sur des atteintes à la santé liées au travail : 44% des répondants avaient adhéré à la suite d’un accident du travail, 10% après un accident de trajet et 20% après une maladie liée au travail. Les problèmes de santé dont l’origine n’est pas liée au travail regroupaient 21,5% des répondants. Enfin, 4,5% des répondants témoignaient adhérer à la FNATH pour une autre raison qu’un problème de santé personnel (en soutien d’un proche, par conviction ...).

L'enquête sera donc particulièrement intéressante pour analyser les problématiques d'accès aux soins et de respect des droits pour cette population particulière, et peu étudiée.

Près de (19%) de la population enquêtée a adhéré à la FNATH en raison d'un problème de santé non lié au travail, à savoir, un accident ou un handicap non lié au travail (7%), une maladie non liée au travail (5%), ou une invalidité (7%).

Outre les problèmes de santé qui sont à l'origine de l'adhésion des accidentés de la vie à la FNATH, (35%) des répondants sont des patients atteints d'une affection de longue durée ALD.

2.4 - Description du problème de santé



9 répondants sur 10 déclarent un trouble musculo-squelettique au sens large. Ainsi, les problèmes de dos (lumbago, hernie, sciatique, douleurs lombaires, ...), et les troubles musculo-squelettiques (TMS épaule / coude / poignet, canal carpien, tendinite, épicondylite...) représentent chacun un taux de (45%) de l'ensemble des problèmes de santé.

Le problème dépressif concerne un quart des répondants, soit 24%. 17% des victimes d'accidents du travail ou d'une maladie professionnelle déclarent avoir en plus un problème dépressif.

Les fractures causées par un choc représentent 16 % des personnes.

Les autres problèmes de santé concernent les cancers (6%), d'autres types de blessure (6%) ou les amputations consécutives à un accident (5%).

Les autres problèmes de santé ou handicap et tout autre type de maladie (hors cancer et maladie professionnelle) atteignent 27%.

La liste proposée n'était ni exhaustive (et les réponses "autres" ont été souvent choisies), ni exclusive. Globalement, si 46% des répondants n'ont choisi qu'une seule modalité, 26% en ont choisi deux, 13% en ont choisi trois et 1% en ont choisi quatre et plus.

2.5 - Taux d'incapacité

Parmi les victimes du travail ayant répondu à notre enquête, 21% ont un taux d'incapacité inférieur à 10%. Elles sont donc indemnisées uniquement par le versement d'un capital.

Ils ont un taux d'incapacité majoritairement compris entre 10% et 50% (moins de 10% d'incapacité : 30% ; entre 10 et 20% : 35% ; entre 20 et 50% : 15% ; entre 50 et 80% : 14% et plus de 80% : 6%).

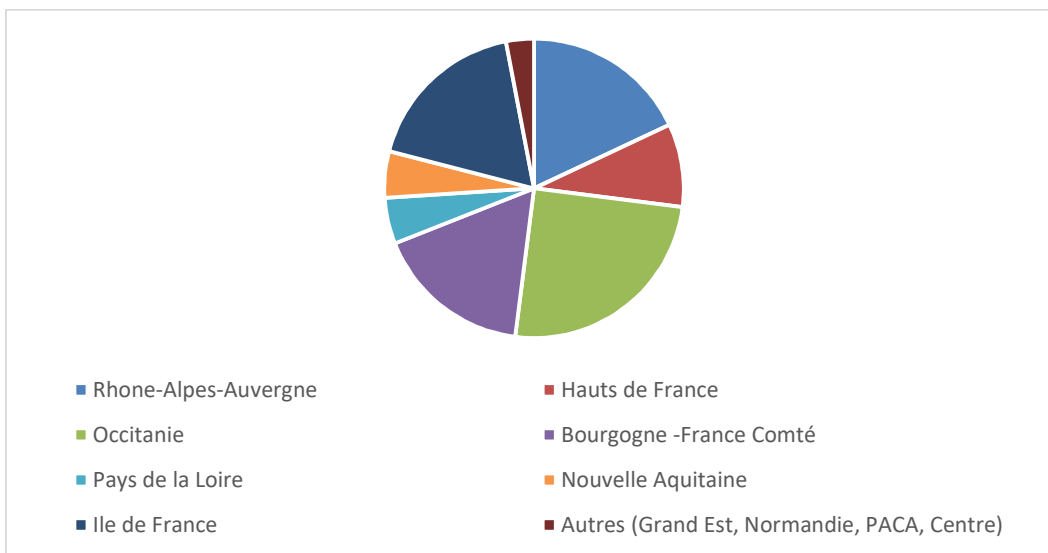
Lorsqu'un salarié est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qu'il reste atteint d'une incapacité permanente en raison de ses séquelles à la date de la consolidation, il peut prétendre à une indemnisation sous forme d'un capital (lorsque le taux d'IPP est inférieur à 10 %).

Lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10%, l'indemnisation se fait alors sous forme de rente.

Le taux de rente est fonction du taux d'incapacité permanente. Or, ce taux ne correspond à aucune réalité car la partie du taux d'IPP inférieure à 50 % est divisée par deux tandis que la partie du taux d'IPP supérieure à 50% est augmentée de moitié. On obtient ainsi un taux qui est déconnecté de toute réalité et qui sera ensuite multiplié à un salaire « *recalculé* » qui ne correspond pas au salaire réel.

2.6 - Origine géographique des répondants

Le questionnaire a été diffusé sur l'ensemble du territoire, par le biais de nos associations interdépartementales, départementales et locales. Toutefois, toutes les associations ne se sont pas mobilisées de la même manière. C'est pourquoi l'enquête ne couvre pas l'ensemble du territoire. Au total, les répondants habitent dans 37 départements¹⁹ différents, répartis sur 11 régions.



¹⁹ Ain, Aisne, Allier, Aube, Aude, Aveyron, Doubs, Eure, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Loire, Haute-Loire, Loire Atlantique, Lot, Maine et Loire, Nord, Oise, Pas de Calais, Pyrénées Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Rhône, Haute Saône, Saône et Loire, Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Tarn et Garonne, Var, Essonne, Hauts de Seine, Seine-Saint-Denis, Val de Marne, Val d'Oise.

Annexe 3 – Questionnaire

«Respect du droit des usagers du système de santé »

Présentation du répondant

Q1 - Etes-vous :

- € 1) Un homme
- € 2) Une femme

Q2 - Quelle est votre année de naissance ?

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Q3 - Dans quel département résidez-vous ?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Q4 - Votre numéro d'adhérent ?

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Q5 - Quelle est votre situation actuelle ?

- 1/ salarié du secteur privé ou agent contractuel du secteur public
- 2/ fonctionnaire (fonction publique d'Etat, hospitalière ou territoriale)
- 3/ indépendant, installé à votre compte (artisan, commerçant, agriculteur, ...)
- 4/ profession libérale
- 5/ Vous êtes au chômage (inscrit ou non à Pôle Emploi)
- 6/ Vous êtes en retraite ou en pré-retraite
- 7/ Vous êtes en arrêt de travail
- 8/ Vous êtes en formation
- 9/ Vous êtes dans une autre situation (au foyer, inactif, invalidité...).

Q6 Le problème de santé à la suite duquel vous avez adhéré à la FNATH était :

- € 1/ Un accident du travail (sauf accident de trajet)
- € 2/ Un accident de trajet (survenu lors du trajet domicile-travail)
- € 3/ Une maladie liée au travail (qu'elle soit ou non reconnue comme maladie professionnelle)
- € 4/ Un accident ou un handicap non lié au travail
- € 5/ Une maladie non liée au travail
- € 6/ vous êtes en invalidité

Q7 - Etes-vous atteint d'une ALD (Affection Longue Durée) ?

- € 1/ Oui
- € 2/ Non

Q8 - Etes-vous bénéficiaire de la CMU de la Protection Universelle Maladie, qui remplace la CMU depuis le 1^{er} janvier 2016 ?

- € 1/ Oui
- € 2/ Non

Q9 – Avez-vous une complémentaire santé ?

- € 1/ Oui
- € 2/ Non

Q10 - Pouvez-vous décrire votre problème de santé. S'agit-il de : (*plusieurs réponses possibles*)

- € 1/ Problème(s) de dos (lumbago, hernie, sciatique, douleurs lombaires, ...)
- € 2/ Troubles musculo-squelettiques (TMS épaule / coude / poignet, canal carpien, tendinite, épicondylite, ...)
- € 3/ Cancer
- € 4/ Problème dépressif
- € 5/ Plaques pleurales, affections liées à l'amiante
- € 6/ Fracture(s) causée(s) par un choc (accident)
- € 7/ Amputation(s) consécutives à un accident
- € 8/ Autre type de maladie :
- € 9/ Autre type de blessure :
- € 10/ Autre type de problème ou handicap :

Q11 - Si vous avez une incapacité partielle permanente (IPP) suite à un AT/MP, quel est votre taux d'IPP ?

- € 1/ Inférieur à 10%
- € 2/ Compris entre 10% et 20%
- € 3/ Compris entre 20 et 50%
- € 4/ Compris entre 50% et 80%
- € 5/ Supérieur à 80%

Q12 - Dans quelle catégorie socioprofessionnelle étiez-vous au moment du problème de santé?

- € 1/ Agriculteur exploitant
- € 2/ Chef d'entreprise de 10 salariés et plus
- € 3/ Artisan, commerçant
- € 4/ Profession libérale
- € 5/ Ouvrier non qualifié
- € 6/ Ouvrier qualifié
- € 7/ Autre.

Q13 - Si vous avez été en arrêt de travail après votre accident ou maladie, combien de temps a-t-il duré ?

- € 1/ Moins de 1 mois
- € 2/ Entre 1 et 3 mois
- € 3/ Entre 3 mois et moins de 1 an
- € 4/ Entre 1 an et moins de 2 ans
- € 5/ Entre 2 ans et moins de 3 ans
- € 6/ Plus de 3 ans

Q14 - Avez-vous repris le travail dans la même entreprise ?

- € 1/ Oui, au même poste de travail, sans aménagement
- € 2/ Oui, au même poste de travail, avec aménagement du poste
- € 3/ Oui, à un autre poste de travail
- € 4/ Non, je n'ai pas repris mon travail dans la même entreprise
- € 5/ Non, je n'ai pas repris le travail

Q15 - Si vous n'avez pas repris votre travail à la suite de cet accident ou de cette maladie (ou d'une rechute de celui-ci/celle-ci), est-ce parce que :

- € 1/ Vous avez été licencié(e) pour inaptitude
- € 2/ Votre contrat n'a pas été renouvelé à l'issue de l'arrêt de travail
- € 3/ Vous avez démissionné
- € 4/ Vous êtes parti(e) en retraite anticipée
- € 5/ Vous êtes toujours en arrêt de travail ou en cessation anticipée d'activité

Lors de vos séjours dans un établissement de santé

A répondre si vous avez fait un séjour dans un établissement de santé au cours de la dernière année.

Q16. Quelle a été la durée de votre séjour ?

- € 1/ Une journée
- € 2/ Entre une journée et une semaine
- € 3/ Entre une semaine et un mois
- € 4/ Plus d'un mois

Q17. La loi prévoit la remise systématique d'un livret d'accueil à tout patient hospitalisé lors de son admission ou, le cas échéant, à l'un de ses proches. Avez-vous pu lire ce livret ?

- € Oui
- € Non

Q18. Avez-vous eu accès à votre dossier médical ?

- € 1/ Oui sans difficultés
- € 2/ Oui avec difficultés
- € 3/ Non

Q19. Avez-vous le sentiment que le/les médecin(s) que vous consultez habituellement vous apportent l'information dont vous avez besoin concernant votre état de santé et les soins ou traitements qui y sont liés ?

- € 1/ Oui
- € 2/ Non

Q20. La loi prévoit que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » Ce droit a-t-il été respecté, c'est-à-dire avez-vous pu prendre les décisions concernant votre traitement ?

- € Oui
- € Non

Les plaintes

Q21. Lors de vos séjours dans un établissement de santé, avez-vous eu à vous plaindre sur un ou plusieurs des motifs suivants :

1/ Maltraitance

- € a/ jamais

- € b/ rarement
- € c/ souvent
- € d/ très souvent

2/ Respect de l'intimité

- € a/ jamais
- € b/ rarement
- € c/ souvent
- € d/ très souvent

3 Prise en charge de la douleur

- € a/ jamais
- € b/ rarement
- € c/ souvent
- € d/ très souvent

4/ Hôtellerie/Restauration

- € a/ jamais
- € b/ rarement
- € c/ souvent
- € d/ très souvent

Q22. Connaissez-vous le responsable du traitement des plaintes désigné dans votre établissement ?

- € Oui
- € Non

Q23. Avez-vous déjà entendu parler des CCI, les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

- € 1/ Oui, et vous savez précisément de quoi il s'agit
- € 2/ Oui, mais vous ne savez pas précisément de quoi il s'agit
- € 3/ Non

Q24. Avez-vous déjà entendu parler des CRUQPC, les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

- € 1/ Oui, et vous savez précisément de quoi il s'agit
- € 2/ Oui, mais vous ne savez pas précisément de quoi il s'agit
- € 3/ Non

Q25. Diriez-vous que vous vous sentez bien informé sur les actions à mener en cas de problème suite à un acte de soin (à l'hôpital, chez le médecin) ?

- € 1/ Oui tout à fait

- € 2/ Oui plutôt
- € 3/ Non plutôt pas
- € 4/ Non pas du tout
- € 5/ Ne sais pas

Votre relation avec votre médecin traitant

Q26. Les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires doivent fournir un devis détaillé à leurs patients dès 70 euros. Dans le cas où vous auriez été confronté à cette situation, avez-vous reçu un tel devis ?

- € Oui
- € Non

Q27. Tous les professionnels de santé qui reçoivent des patients doivent afficher les tarifs de leurs honoraires. Savez-vous si les tarifs sont affichés chez votre médecin ?

- € Oui
- € Non

Q28. Diriez-vous que vous vous sentez bien informé sur le coût des soins et leur prise en charge quand vous vous rendez chez un professionnel de santé en France

- € Oui
- € Non

Q29. Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer à la consultation d'un médecin en raison de son coût :

- € 1/ du fait de l'obligation d'avancer le montant de la consultation ?
- € 2/ du fait des dépassements d'honoraires pratiqués ?

Q30. Avez-vous déjà été contraint de reporter ou de renoncer, en raison de leur coût :

- € 1/ à des soins dentaires ?
- € 2/ à l'achat de lunettes de vue ?
- € 3/ A l'achat de médicaments prescrits par votre médecin mais mal remboursés ?

Q31. Diriez-vous que les soins et traitements que les médecins vous préconisent prennent suffisamment en compte vos demandes et vos attentes ?

- € 1/ Oui
- € 2/ Non
- € 3/ (Ne se prononce pas)