



Fédération Française des Curistes Médicalisés

F.F.C.M - Association Loi de 1901 agréée par le Ministère de la Santé

Membre de France Assos Santé (U.N.A.A.S.S)

Siège social : 2, rue des frères Rodriguez - 72700 Allonnes

☎ : 02-43-21-65-78 - Portable : 06-83-27-22-80 - courriel : ffcmm@libertysurf.fr

<http://ffcm-curistes.wix.com/ffcm>

Information sur les droits des curistes - N°5/2019 du 12/05/2019 - Imprimerie spéciale FFCM - Ne pas jeter sur la voie publique SVP

CURISTES, CONNAISSEZ-VOUS VOS DROITS?

ATTENTION! Seule la taxe dite "complément de facturation" est exigible en plus du prix de la cure conventionnelle

La nouvelle Convention Nationale Thermale (CNT) publiée en 2018 écrit que **la taxe** de près de **4%** prélevée depuis 2014 par les thermes atteindra **6,15%** en **2019** (Elle pourrait grimper à **8%** d'ici à 1 ou 2 ans).

Du coup, un curiste en double orientation **Rhumatologie (RH 2)** avec 18 séances de kinésithérapie individuelle **+Voies Respiratoire**, pourrait payer **+ de 52 €** en **2019**, et pourrait devoir aligner **+ de 60 €** dans quelques années.

Attention! Cette taxe appelée "complément de facturation" est un **reste à charge supplémentaire**.

Elle est donc payée par la quasi totalité des curistes, y compris ceux qui sont en ALD, AT ou MP.

(Seuls les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont dispensés) **Regardez attentivement vos factures...**

Hormis cette taxe qui est un **reste à charge supplémentaire** et qui apparaît sous des appellations du genre "*supplément ou complément de facturation*", aucun autre supplément n'est exigible.

Réservations de cure - Première et Deuxième classe - Qualité des soins

Les réservations, si elles facilitent l'organisation de l'établissement, ne sont pas du tout obligatoires.

Le caractère **facultatif** des réservations a d'ailleurs été reconnu par le syndicat des établissements, le CNETH (représentant unique des établissements) dans sa circulaire n° 44-10 du 17 décembre 2010:

*" Les exploitants ont la possibilité de mettre en place une procédure de réservation...l'existence de cette procédure, comme son caractère **facultatif**, doivent être portés à la connaissance du public..."*

Les assurés sociaux munis de leur prise en charge délivrée par leur Caisse et de la prescription de leur médecin thermal, sont donc parfaitement en droit de se présenter directement dans leur établissement.

Par contre, sachez que pour leur part, les établissements sont obligés de recevoir les assurés et leurs ayants droit durant toute leur période d'ouverture. (**Article 9-1 de la Convention Nationale Thermale, extrait ci-dessous**)

" Les établissements sont obligés à :

Recevoir pendant toute leur durée d'ouverture, les assurés et leurs ayants-droit, dans le respect des conditions prévues par la présente convention, ses annexes et avenants, dans les limites :... "

(* Voir le texte intégral de la CNT de 2018 à la page d'accueil et à l'onglet "**Document**" de notre site) et/ou

https://docs.wixstatic.com/uqdcdd428_fcfc2b594d040e6869902e11f2c5d59.pdf

D'autre part afin d'éviter des incitations excessives et sous des invocations comme: "*Il n'y plus de place en 2° classe*", ou "*l'horaire que vous souhaitez n'est plus libre en 2° classe*"...pour vous envoyer vers la 1° classe où vos dates et heures seront accordées sans problèmes, mais au prix d'un fort supplément.

L'article 11-2 de la CNT stipule: "*L'organisation des soins et les capacités du plateau technique doivent être suffisantes afin de ne pas conduire à l'admission dirigée dans l'espace dédié à ces prestations supplémentaires. Seule la fréquentation maximale instantanée telle que définie à l'article 12, peut limiter l'accès au *plateau technique*". (*zones de soins)

Quelle que soit la classe, les soins doivent être strictement identiques dans leur variété et leur qualité, tandis que les thermes doivent obligatoirement vous avertir des tarifs et du fait qu'ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, afin que les curistes donne leur accord en connaissance de cause.

IMPRIMÉS DE RÉSERVATION : ATTENTION AUX PIÈGES !

Quelques établissements (pas tous heureusement!), profitent de leur imprimé de réservation (dates de cure et heure de début des soins, pour vous "ficeler" avec des "*conditions générales de vente*" difficiles à lire (petits caractères, textes difficile à comprendre quant on n'est pas juriste), qui ne respectent pas toute la Convention Thermale, et/ou à diverses dispositions légales.

Par exemple, une clause obligera à verser une caution avant la remise du linge de cure, une autre vous entend conserver vos avances versées au titre de la réservation, et/ou imposera une pénalité si vous ne pouvez pas venir en cure même si vous êtes empêchés pour des raisons dites "**de force majeure**".

Or, selon les Principes Généraux du Droit, l'**Art. 1218** du Code Civil, l'**Art. 1148** de l'ancien Code Civil et la jurisprudence de la **Cour de Cassation** (Cass. Civ. 1 - Pourvoi 10-15811), admettent qu'en cas de **force majeure** (*maladie, accident, décès d'un proche, catastrophe naturelle, perte d'emploi, etc., y compris survenant du fait d'un tiers*), l'**acheteur** et/ou le **vendeur** ne peuvent **pas être pénalisés**. L'établissement ne pourra pas conserver vos arrhes, ni vous sanctionner d'aucune manière.

En cas de problème il est bon d'avoir une Assurance Juridique qui pourra vous assister.

Pour éviter tout malentendu, nous vous suggérons:

- 1) De rayer directement sur l'imprimé toutes les clauses qui paraissent douteuses, comme par exemple : *"Un peignoir et une serviette vous seront remis à votre arrivée contre un chèque caution de 20€"*
 - 2) Vous pouvez aussi rayer toute inscription située avant l'emplacement où vous devez signer, du genre : *"Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente"*
 - 3) Enfin et surtout, pensez à conserver pour preuve une photocopie de cet imprimé avant de l'envoyer (en règle générale, évitez les accords par téléphone qui n'ont aucune valeur de preuve, et exigez en conséquence des écrits, surtout si vous sentez que "quelque chose ne tourne pas rond").
- Vous serez ainsi dans les meilleures conditions pour saisir la FFCM (ou QUE-CHOISIR, l'INC, etc.), et/ou saisir gratuitement les Services des Fraudes...ou obtenir un éventuel arrangement auprès des thermes.

RÉSERVATIONS, ARRHES, ARTICLE 1590 DU CODE CIVIL

Des établissements incitent plus ou moins lourdement à verser avant votre arrivée en soins (d'une année sur l'autre quelquefois) des sommes baptisées "*arrhes de réservation thermique, dépôt de garantie*", etc.).

Nous rappelons d'abord que la réservation n'est pas obligatoire, tandis que les thermes sont par contre obligés à vous recevoir tout au long de leur période d'ouverture (Art 9-1 de la CNT), dès lors que vous vous présentez munis de votre prescription de cure et de la prise en charge de votre CPAM.

Sachez encore que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a rappelé en 2002 que les assurés dispensés du Ticket Modérateur à divers titres (ALD, AT, MP, CMU, Article 115 du CPM, ndlr): "**n'ont pas à verser d'arrhes de réservation de cure thermique...**"

En conséquence, dès lors que vous souhaitez effectuer votre cure dans le strict cadre de la cure Sécurité Sociale, c'est à dire sans y ajouter de prestations de confort et/ou des soins supplémentaires, ni/ou faire dispenser vos soins conventionnels dans un service de 1^o Classe, il vous sera possible de réserver votre cure sans subordonner cette réservation au versement d'une avance*.

**Selon ce principe, la réservation sans versement d'avance est appliquée dans de nombreux établissements sur simple présentation d'une prise en charge indiquant votre exonération du Ticket Modérateur.*

Mais si vous acceptez malgré tout de verser des arrhes sous la forme d'un dépôt de garantie, sachez qu'un établissement peut être tenté de conserver votre versement si vous ne respectez pas votre engagement.

PAR CONTRE, si c'est l'établissement qui ne respecte pas ses engagements (par exemple refus de vous recevoir en soins à la date et/ou à l'heure convenue), vous pouvez exiger (sauf cas de force majeure), que les thermes vous restituent **le double de la somme versée** (Cf. 3^o alinéa de l'Article 1590 du Code Civil)

INTÉRÊTS SUR ARRHES (1/2)

Savez vous que vous pouvez récupérer des intérêts sur une période de 5 ans maximum (renouvelable) sur les avances versées au titre des réservations thermales ("*arrhes de réservation thermales*", etc.) ?

En effet, les 2^o et 3^o alinéas de **l'article L. 131-1 du Code de la Consommation** stipulent:

"Pour les prestations de services, les sommes versées d'avance portent intérêt au taux légal à l'expiration d'un délai de trois mois à compter du versement et jusqu'à l'exécution de la prestation, sans préjudice de l'obligation d'exécuter la prestation."

"Les intérêts sont déduits du solde à verser au moment de la réalisation."

Exemple, les thermes ont encaissé votre chèque le 01/06/2017 pour une cure prévue le 01/06/2018.

Les intérêts commencent à courir 90 jours après le 01/06/2017, soit du 30/08/2017 au 01/06/2018.

Les intérêts pouvant être déduits du solde à verser au moment de la réalisation de la prestation, vous pouvez demander que ces intérêts viennent en déduction de la taxe de 3,71% prélevée par les thermes.

De plus, et selon l'article **L 110-4 du Code du Commerce**, les obligations entre commerçants et non-commerçants sont prescrites sur 5 ans, vous pouvez donc en + réclamer les intérêts jusqu'à 4 ans en arrière.

L'article L. 131-3 du Code de la Consommation précise qu'il s'agit d'une obligation à laquelle la loi interdit de déroger. Elle ne peut donc pas vous être refusée (gardez les preuves de vos paiements).

Ne vous attendez pas à faire fortune car les taux sont bas, mais si vous voulez, pour le principe, faire valoir vos droits, il vous suffira de déposer une demande écrite (Cf. *trame de courrier ci après*) au cours de votre cure en gardant par devers vous une copie sur laquelle vous ferez apposer le "tampon à date" des thermes.

INTÉRÊTS SUR ARRHES (2/2)

Objet: Demande de versement d'intérêts au taux légal

Madame ou Monsieur le Directeur des Thermes de.....

Conformément aux dispositions des articles L. 131-1 et L. 131-3 du Code de la Consommation, je vous prie de déduire du complément tarifaire encaissé par votre établissement, les intérêts calculés au taux légal et relatifs aux "arrhes de réservation", encaissées par vos soins le: .../.../.... pour une cure commencée le: .../.../2019.

Selon les dispositions de l'article L. 110-4 du Code du Commerce, je vous prie au même titre de pourvoir au paiement rétroactif concernant les années 2015, 2016, 2017 et 2018.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Enfin, si vous n'obteniez pas satisfaction, il vous suffira de vous tourner gratuitement vers les services départementaux de la Direction des Fraudes de votre lieu de cure ou de votre résidence.

PLANNING DES SOINS, DÉLAIS ET REPOS ENTRE LES SOINS - SALLE DE REPOS

L'article 9-1 de la CNT oblige les thermes à **tenir compte** de votre état de santé, au moment d'établir votre **planning** de soins (ex: si vous êtes diabétique), de laisser un temps de latence suffisant entre les soins et de mettre une **salle de repos** à votre disposition. Votre **médecin** peut aussi prescrire une pause après certains soins. Pour une **efficacité maximum**, la cure ne peut pas être une "**course contre la montre**".

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU CURISTE - DROIT AU REFUS - SOINS SUPPLÉMENTAIRES

La **Loi oblige** le médecin à **proposer** des soins et à **répondre à toute demande d'explications** du curiste qui donne ensuite son **consentement éclairé** (*Article L 1114-1 du CSP*). Le curiste peut aussi **refuser** tout soin ou demander à le **remplacer**. Ce **droit au refus** s'applique pour les soins compris dans le **forfait de cure pris en charge par l'Assurance maladie** et pour les **soins supplémentaires non pris en charge**.

TEMPS DE SOINS

ATTENTION! La durée de soin correspond au temps pendant lequel le soin est délivré (par exemple 10 mn). Le temps nécessaire à la préparation des locaux, aux opérations de vidange, de déshabillage et d'habillage, d'arrivée et de sortie du personnel et des curistes ne sont pas compris dans la durée de soin.

IMPORTANT! Un temps de soin minimal conventionnel a été instauré pour empêcher des durées trop basses. Il peut parfaitement être augmenté, mais il est par contre interdit de le diminuer (sauf exception d'ordre médical). Vérifiez vos temps de soins et comparez les résultats selon la grille en cliquant ci-après:

https://docs.wixstatic.com/ugd/cdd428_498d45ffe9fc407c9feed50970d6988e.pdf

Parmi les obligations des thermes inscrites au Code de la Santé Publique (CSP)

Les thermes sont obligés de respecter les dispositions suivantes du **Code de la Santé Publique (CSP)**:

- Affichage du dernier contrôle sanitaire et le résultat des analyses (Article R.1322-44-16 du CSP)
- Affichage des tarifs à la porte principale et dans l'intérieur de l'établissement (R.1322-50)
- Aération de l'établissement en toutes saisons, sans occasionner de gêne aux malades et sans que la température minimum dans tous les locaux ne soit jamais inférieure à 18° (R.1322-55)
- Mise à disposition des malades des toilettes et WC en nombre suffisant et bien aérés et ventilés (R.1322-57)
- Désinfection des appareils à usage individuels après chaque utilisation (R.1322-60)
- Obligation pour les établissements destinés au traitement **des affections des voies respiratoires** de posséder en nombre suffisant et dans tous les locaux où ils sont nécessaires des crachoirs à eaux courante, aseptisés en permanence et maintenus rigoureusement propres (R.1322-60)
- Désinfection quotidienne du linge utilisé par le curiste après usage, ainsi que les baignoires et tous les objets individuels de cure (R.1322-60)
- Signalisation sonore et lumineuse permettant d'indiquer le début et la fin du traitement (R.1322-60)
- Déshabilloirs en nombre suffisant afin de réduire au minimum l'attente des curistes (R.1322-60)
- Mise à la disposition des malades d'un service de kinésithérapie dont les postes de traitement doivent être dotés des moyens classiques **permettant la mobilisation sous l'eau** (R.1322-66)
- Mise à disposition de cabines de déshabillage dont certaines pour malades allongés (R.1322-66)
- Mise à disposition d'un dispositif pour le séchage des peignoirs de bains (R.1322-66)
- Mise à disposition de salles d'une capacité suffisante pour assurer sur place un repos d'une durée convenable à chaque malade traité (R.1322-66).

DES KINÉSITHÉRAPEUTES ET RIEN D'AUTRE!

Attention! Les soins de kinésithérapie **collective** : piscine de mobilisation (code 601), drainage postural en salle commune (code 604), rééducation respiratoire collective (code 606), ou **individuelle** : massage sous l'eau ou avec dérivés thermaux (code 602), drainage postural en chambre individuelle (code 603), rééducation respiratoire individuelle (code 605), et piscine de mobilisation individuelle (code 607), doivent **uniquement** et **obligatoirement** être pratiqués par des masseurs-kinésithérapeutes **diplômés d'état** ou possédant une **équivalence** reconnue par la France. Toute autre appellation (ex : "coach") serait inappropriée. Soyez **vigilants**.

HEURES D'ACCÈS AUX SOINS

Le **3° alinéa** de l'article **R 1322-47** du **Code de la Santé Publique (CSP)** interdit les horaires préférentiels en indiquant : "L'exclusion de toute préférence dans les heures pour les bains et douches"

DÉSINFECTION DU LINGE DE CURE

Les thermes ont l'**obligation** de **changer et de laver l'ensemble du linge** (peignoirs et serviettes) **tous les jours**.

AFFICHAGE RELATIF AUX EAUX THERMALES

L'article **R 1322-44-16** du **Code de la Santé Publique** oblige les thermes à afficher les informations relatives :

- 1°: Aux qualités thérapeutiques de l'eau minérale naturelle utilisée et ses éventuelles restrictions d'usage ;
- 2°: Aux caractéristiques essentielles de l'eau ;
- 3°: Le cas échéant, au traitement mis en œuvre ;
- 4°: Le cas échéant, au réchauffage ou au refroidissement de l'eau ;
- 5°: À la date du dernier contrôle sanitaire et aux résultats des analyses.

TARIF

En matière de tarification, l'article **R 1322-49** du **Code de la Santé Publique (CSP)** précise notamment : "*il ne peut être apporté aucun changement au tarif pendant la saison. Sous aucun prétexte, il n'est exigé ni perçu aucun prix supérieur au tarif, ni aucune somme en dehors du tarif pour l'emploi des eaux.*"

AFFICHAGE DU TARIF

L'article **R 1322-50** du **CSP** stipule que les établissements doivent :

"Afficher en permanence le tarif à la porte principale et à l'intérieur de l'établissement".

30 JOURS POUR RECEVOIR LA PRISE EN CHARGE

Les CPAM ne doivent pas dépasser un **délai de 30 jours** pour vous envoyer la prise en charge de votre cure.

DATE DE PAIEMENT DU TICKET MODÉRATEUR

Certains établissements imposent le paiement de la cure (ticket modérateur) dès le 1^{er} jour de soins.

Les curistes qui le souhaitent peuvent demander à la régler à la fin de la cure.

FIN DE CERTAINES DISPENSES DE LA TAXE DE SÉJOUR DEPUIS LE 1° JANVIER 2015

Jusqu'en 2014, les personnes attachées aux malades, les mutilés, les blessés et les malades du fait de la guerre", les personnes âgées bénéficiaires d'une aide à domicile, les handicapés bénéficiaires de l'aide à domicile, et les personnes en graves difficultés économiques étaient exonérés de Taxe de Séjour.

Ces dispositions ont été supprimées depuis le 1^{er} janvier 2015 par la Loi de finances votée fin 2014

EXIGEZ UNE PREUVE POUR CHAQUE PAIEMENT

Quel que soit le mode de paiement choisi (mais particulièrement pour les paiements en espèces), le professionnel ou l'organisme qui reçoit votre paiement doit **à votre demande** vous remettre une preuve de paiement (**ticket** ou autre) quand la somme en jeu est **inférieure à 25 €**

Quand cette somme est **égale ou supérieure à 25 €**, le professionnel ou l'organisme doit **obligatoirement** vous remettre de lui-même une **facture** ou un **reçu** détaillant la transaction sans que vous la réclamiez.

En cas de difficultés, vous pouvez toujours saisir (gratuitement) la Direction des Fraudes.

Ou une association de **consommateurs** <http://www.quechoisir.org/> ou <http://www.60millions-mag.com/>

NE PAYEZ JAMAIS AVANT D'AVOIR LU ET SIGNÉ LE CONTRAT

Quel que soit le mode de paiement choisi, ne payez jamais **avant** d'avoir reçu l'intégralité des clauses du contrat. Lisez-le à tête reposée et prenez 24 h pour réfléchir. Méfiez-vous surtout de certains achats proposés par Internet. Enfin, tout paiement sans votre signature (réelle ou électronique) **est illégal**, de même que de ne pas vous communiquer **avant** tout achat l'intégralité des clauses applicables. **Méfiance!**

QUAND LA DÉCISION DU CURISTE EST SOUVERAINE

Depuis **2003** (en partie grâce à l'action de la FFCM), la CNT entérine le **caractère souverain** de la **décision** du **curiste** si une **interruption partielle** de l'activité des thermes (panne technique, contamination), entraîne la **suppression** d'un soin et la **modification** de la prescription initiale (Cf. **article 17-3** de la CNT)

https://docs.wixstatic.com/uqdl/cdd428_fcfc2b594d040e6869902e11f2c5d59.pdf

En conséquence, sans **l'accord exprès** du **curiste**, un soin rendu non accessible ne peut pas être remplacé, **pas même si de son côté**, le médecin se déclare favorable à un tel remplacement.

HÉBERGEMENT et FRAIS DE TRANSPORT

Un thermalisme véritablement social implique non seulement et obligatoirement une prise en charge des soins par la nation, mais aussi, compte tenu de l'éloignement des lieux de cure, une couverture (au moins partielle) des frais de transport et d'hébergement.

Où en sommes-nous aujourd'hui en ce qui concerne ces deux derniers postes de dépenses?

ATTENTION : Suite à une interprétation par l'Assurance maladie d'un arrêt de la Cour de cassation du 15/12/2016 qui aurait été transcrit dans une circulaire de l'Assurance maladie au cours du mois de mars 2017, l'indemnisation des frais de transports et d'hébergement, y compris pour les cures dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD) exonérante, est désormais soumise au plafond de ressources.

Ce plafond est figé depuis 1992 à **14 664,38€** (1 222 €/mois !), et il peut augmenter de **7 332,19€** pour chaque personne vivant au foyer.

ATTENTION : Toutes les ressources des personnes vivant au foyer sont prises en compte: salaire après déduction des cotisations sociales (sauf CSG), prestations sociales (même si elles ne sont pas imposables), pensions, etc.

Ex: Assuré marié sans enfant, le plafond est de 14 664,38+7 332,19 = **21 996,56** (1 838€/mois).

En conséquence 2 types d'assurés continuent à bénéficier de l'indemnité de transport et d'hébergement :

- **1° Ceux qui ont des ressources inférieures au plafond;**

- **2°** Ceux qui effectuent leur cure dans le cadre d'un **Accident du Travail (AT)** ou de la **Maladie**

Professionnelle (MP) qui continuent toujours pour leur part à bénéficier de l'indemnisation de leur frais de transport et d'hébergement **sans conditions de ressources.**

Hébergement

- **ALD exonérante** : versement de **150,01€** sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources;

- Autres curistes, sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources : versement de **97,50€**

- **Maladie Professionnelle et Accident du Travail**: versement de **150,01€** sans conditions de ressources;

Transport

- **ALD exonérante** : Prise en charge du trajet sur la base de 100% d'un billet aller et retour SNCF 2° classe sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources;

- Autres curistes, sous réserve de ne pas dépasser le plafond de ressources : indemnisation sur la base de 65% d'un billet SNCF de 2° classe.

- **Maladie Professionnelle, Accident du Travail**: Prise en charge du trajet sur la base de 100% d'un billet aller et retour SNCF 2° classe sans conditions de ressources;

L'absence d'actualisation du plafond de ressources depuis plus de 20 ans, exclue progressivement les patients à petits revenus, et certains sont ainsi forcément dissuadés de continuer à venir en cure.

De plus, le blocage concomitant du montant de ce forfait, alors que les loyers ont augmenté dans le même temps d'environ 50%, contribue à amplifier cette tendance.

DÉTERMINATION DU TRAJET INDEMNISABLE 1/2

Un autre problème est apparu avec l'attitude de certaines CPAM lorsque la station choisie par votre médecin est plus éloignée de votre domicile qu'une autre station proposant la même orientation.

Les Caisses indemnisent alors de façon systématique et administrative sur la base du trajet le plus court.

Des assurés ont reçu un courrier de leur caisse prétendant: « *qu'en application de l'article L. 162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale, votre médecin est tenu de proposer la station thermale comportant l'orientation préconisée la plus proche de votre domicile, et pour vous c'est la station de XXX.* »

Des techniciens d'une CPAM ont aussi envoyé des courriers du même tonneau à un médecin prescripteur spécialiste pour lui dire qu'il était tenu de proposer telle ou telle station.

Dans un autre cas, une CPAM a indiqué à un assuré une station qui ne correspondait même pas à l'orientation thérapeutique prescrite par le médecin.

En réalité, l'Article L.162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale dit exactement: «*Les médecins sont tenus dans tous leurs actes et prescriptions d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.* »

DÉTERMINATION DU TRAJET INDEMNISABLE 2/2

Il est donc impossible d'affirmer que cet article oblige à prescrire la station la plus proche, car il introduit les principes de qualité, de sécurité et d'efficacité qui peuvent évidemment conduire le médecin à envoyer son patient dans une station autre que celle la plus proche de son domicile.

Ceci est d'ailleurs confirmé par l'Article R.4127-8 du Code de la Santé Publique: « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

En conséquence, il serait souhaitable que cesse totalement l'évocation tendancieuse de l'article L. 162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale par certaines CPAM.

Sur la base d'un solide dossier médical, la prise en charge du trajet total est donc envisageable si la station prescrite par votre médecin est la plus appropriée en fonction de votre état de santé dont il est juge.

Des recours administratifs, notamment amiables, sont possibles et ont déjà donné de bons résultats.

LES VOIES DE RECOURS ADMINISTRATIFS DES CURISTES

Il est toujours possible de contester une décision de votre CPAM, mais il faut obligatoirement commencer par un recours devant la Commission des Recours Amiables (CRA) attachée à votre CPAM.

Ce recours doit se faire en LR+AR et impérativement dans les 2 mois qui suivent la notification d'un refus.

ATTENTION! C'est la date de réception de votre lettre qui sera prise en compte et non sa date d'expédition.

Trois possibilités se présentent alors:

1°: la CRA accepte votre requête et vous envoie un courrier en ce sens.

2°: la CRA vous envoie sous un mois un refus motivé.

3°: la CRA ne vous répond pas dans le délai d'un mois suivant la réception de votre courrier.

ATTENTION! Ce silence équivaut au rejet de votre recours par la CRA.

Toutefois, si vous communiquez d'autres documents après votre demande initiale, le délai de réponse d'un mois doit être comptabilisé à partir de la date de réception de ces nouveaux documents par la CRA

Quel que soit le moyen utilisé par la CPAM pour exprimer un refus, vous avez alors 2 mois pour saisir par LR+AR **le Pôle social** du Tribunal de **Grande Instance (Pôle social du TGI)** de votre domicile.

La procédure devant le Pôle social du TGI est gratuite et sans frais. Vous pouvez comparaître vous-même ou vous faire représenter par un membre de votre famille, un avocat (vous devrez alors éventuellement le payer), un représentant syndical, un délégué d'une association représentative des mutilés et invalides du travail.

Les recours face aux décisions du Pôle social du TGI sont la Cour de Cassation si la somme en jeu est égale ou inférieure à 4 000 €, et la Cour d'Appel, puis la Cassation, si la somme en jeu est supérieure à 4 000 €.

LES PAROLES S'ENVOLENT, LES ÉCRITS RESTENT

Conservez toujours pour preuve une photocopie de tous vos envois (imprimés de réservation, etc.).

Évitez aussi les seuls accords par téléphone qui n'ont aucune valeur de preuve, et exigez toujours une confirmation par courrier et/ou par internet, surtout si vous sentez que "quelque chose ne tourne pas rond".

Ces preuves seront indispensables pour obtenir un arrangement avec la partie adverse, ou saisir votre assistance juridique, et/ou la FFCM (ou QUE-CHOISIR, l'INC, etc.), et/ou, selon les cas, l'Assurance maladie et/ou les Services des Fraudes (la saisine de ces 2 derniers organismes est gratuite).

Évolution de la relation patients-médecins et Serment d'Hippocrate 1/2

Ceux qui demandent aux patients de renoncer à leurs intérêts et au bon sens en se soumettant aux changements imposés par la recherche obsessionnelle du profit, redeviennent très conservateurs quand il s'agit de prendre en compte un tout autre changement consécutif à la meilleure information, et surtout à l'organisation indépendante et experte des patients au sein de leurs associations agréées.

Nous devons donc expliquer tranquillement mais avec constance les conséquences de ce changement.

Nos amis de l'ACCB ont bien raison de souligner la réalité moderne du "patient expert".

Ce concept est le produit de 3 faits de société qui viennent progressivement modifier l'ordre ancien :

La capacité à critiquer les experts scientifiques jusqu'alors intouchables, la diffusion du savoir amplifiée par des moyens comme internet, et 3° l'existence d'un savoir sérieux fondé sur l'expérience des patients.

Ceci produit déjà ses effets dans la relation patients-médecins. D'après le site de référence "Wikipédia", le vieux modèle considère systématiquement le malade « *comme n'étant pas une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie ou de décider par elle-même de la manière dont elle veut vivre ou mourir.* »

Dans ce cas de figure, le médecin exerce un pouvoir quasi-total, puisqu'il prétend détenir l'exclusivité du savoir, tandis que le patient est un ignorant. Ce dernier n'a donc plus qu'à obéir aux choix du prescripteur, et sa liberté se limite seulement au droit de changer de médecin.

Évolution de la relation patients-médecins et Serment d'Hippocrate 2/2

A l'inverse le modèle délibératif fondé sur le dialogue entre le médecin et le patient devient la règle. Dans ce cas, le patient donne son consentement et autorise le médecin à dispenser un traitement dont les tenants et aboutissants sont explicités au préalable. C'est le contrat dit « de consentement éclairé ».

Evidemment, cela suppose que le patient soit en état de donner son consentement, ce qui écarte les personnes comme l'enfant, le fœtus, le dément, le comateux, la personne âgée confuse, etc.

Nous avons déjà vu plus haut que le vieux modèle est fondé sur le seul avis du corps médical qui impose son point de vue à 100% au prétexte de l'ignorance des malades.

Eh bien, sachez que la coutume nouvelle mais pleine de bon sens, stipule que le malade, même s'il n'a pas une connaissance équivalente : « *Est cependant en mesure d'évaluer les impacts de la décision médicale sur son mode de vie, ses valeurs, son histoire personnelle et le sens de son existence.*

Il a la possibilité d'exercer son jugement et d'évaluer si le traitement proposé est acceptable, compte-tenu de sa spécificité individuelle. » (Cf. Wikipédia https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_m%C3%A9decin-patient)

C'est pourquoi un patient est en droit de contester et de refuser une prescription qu'il estime inacceptable.

Sachez encore que ces principes sont inscrits dans la loi et entièrement applicables à la médecine thermique.

Ils sont inclus dans le serment d'Hippocrate que prête chaque médecin, et qui résume l'esprit du Code de Déontologie Médicale.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE en 2019

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Signaler un effet indésirable (médicament, cosmétique, dispositif, acte médical, examen, etc.)

Depuis le 13 mars 2017, les usagers peuvent signaler en quelques clics aux autorités sanitaires tout événement indésirable https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil



PARMI LES DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS

Aujourd'hui, de plus en plus de patients sont mieux informés, et en conséquence moins soumis. Ils peuvent donc participer aux décisions qui les concernent avec les professionnels de la santé.

Si plusieurs dispositions antérieures avaient bien préparé le terrain, La loi relative "**aux droits des malades et à la qualité du système de santé**" du 4 mars 2002 (Loi Kouchner), est le texte qui a le plus facilité ce changement positif et inspiré de nombreuses dispositions ultérieures comme "*La Charte du patient hospitalisé*", etc.

Voici quelques extraits de textes issus ou en liaison avec cette Loi du 4 mars 2002.

Accès des patients aux informations (Extrait de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique)

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionid=681C5833C555B17550FC3D377D8CB09C.tpdila09v_3?idArticle=LEGIARTI000031927557&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160926&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé..."

Discrimination et refus de soins illégitimes (Extrait de l'article L 1110-3 du Code de la Santé Publique)

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionid=681C5833C555B17550FC3D377D8CB09C.tpdila09v_3?idArticle=LEGIARTI000026268225&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160926&categorieLien=id&oldAction=

"Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de [l'article 225-1](#) ou à [l'article 225-1-1](#) du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux [articles L. 861-1](#) et [L. 863-1](#) du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à [l'article L. 251-1](#) du code de l'action sociale et des familles. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte..."

Personne de confiance (Extrait de l'article L 1116-3 du Code de la Santé Publique)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685772>

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquée à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

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

Charte du patient hospitalisé

<http://www.hopitaux-drome-nord.fr/v002/sites/default/files/charte-perso-hospit.pdf>

La Charte du patient hospitalisé porte sur 11 points parmi lesquels: le droit de choisir son établissement de santé, l'accès au service public pour tous, le droit de quitter l'établissement à tout moment, les égards qui sont dus à la personne hospitalisée, l'accès direct aux informations de santé concernant le patient, le droit d'être entendu pour exprimer ses griefs, etc.

A PROPOS DE CERTAINES ASSURANCES ANNULLATION

Tout d'abord, il faut savoir que toute annulation (d'une cure ou d'une location) pour cas de force majeure (maladie, accident, décès familial, perte d'emploi, perte du domicile pour cause de catastrophe naturelle, etc.) oblige l'établissement et/ou le logeur chez qui vous avez réservé à vous restituer intégralement toute somme que vous lui auriez versée d'avance. La force majeure interdit de plus toute pénalité à l'encontre des clients.

On voit donc qu'une "assurance annulation" est totalement superflue dans tous les cas de force majeure.

Ceci étant rappelé, certaines "Assurances Annulation", surtout si elles sont souscrites par le biais d'intermédiaires qui ne sont pas eux-mêmes assureurs, peuvent quelquefois réserver de mauvaises surprises.

1°) Méfiez-vous des propositions abrégées ou résumées qui peuvent masquer des clauses relatives à une franchise restant à votre charge, et/ou des clauses restrictives et/ou d'exclusions, etc. (demande excessive de justificatifs, délais déclaratifs restreints, procédures de recours strictes, etc.).

Par contre, ces restrictions, exclusions et procédures, figurent sur les fiches (ou notices) d'information liées aux projets de contrats que l'assureur doit obligatoirement vous transmettre avant la conclusion du contrat.

Article L 112-2 du Code des Assurances

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031089751&cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20171003>

Article L 112-3 du Code des Assurances

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&idArticle=LEGIARTI000006791920>

Exigez l'envoi de fiches (notices) complètes et toutes les pièces annexes (de préférence en version papier) **avant** de signer un contrat. C'est une obligation légale qui vous permettra d'agir en connaissance de causes.

2°) Sachez que ces clauses restrictives doivent "êtres mentionnées en caractères très apparents".

Elles doivent donc obligatoirement être écrites en caractères différents et/plus gros et/ou en gras.

Si ce n'est pas le cas, l'assureur ne pourra donc pas les évoquer pour refuser de vous indemniser.

Article L 112-4 du Code des Assurances

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006791931&cidTexte=LEGITEXT000006073984>

3°) Le dépassement des délais de déclaration courts (5 jours maximum) qui sont quelquefois inscrits ne vous sont pas opposables en cas d'évènement fortuit ou de force majeure et/ou si l'assureur ne peut pas prouver que votre retard lui a causé un préjudice (c'est souvent le cas, ne vous laissez pas impressionner)

Article L 113-2 du Code des Assurances

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006791999&cidTexte=LEGITEXT000006073984>

4°) Lisez avec une attention particulière les fiches (notices) d'information et le projet de contrat que vous aurez reçu avant toute souscription, et surlignez les passages qui vous semblent obscurs ou douteux;

5°) Ensuite, téléphonez à l'assureur, ou beaucoup mieux, envoyez lui un courrier électronique (ce qui permet d'obtenir des preuves matérielles) pour demander des précisions sur ces clauses qui vous chiffonnent.

6°) Enfin réfléchissez au moins encore 24 h en fonction des réponses reçues avant de signer et de payer.

EN CAS DE LITIGE

a) Vous devrez toujours et en 1° lieu, rechercher une solution amiable.

Des assureurs vous proposent d'effectuer cette 1° démarche par courrier électronique.

D'autres contrats demandent l'envoi d'un courrier en Recommandé avec Accusé Réception.

Ces procédures sont obligatoirement précisées généralement vers la fin des contrats, lisez les avant d'écrire.

- Une négociation (orale ou écrite) peut alors commencer et aboutir à une solution amiable. Une transaction est alors signée entre vous et votre assureur. Dans ce cas, le litige est considéré comme résolu.

Nous conseillons de toujours utiliser le Recommandé avec AR qui permet de prendre acte et date sans discussion, et avant la fin du délai de prescription (2 ans en général) au delà duquel vous ne pourrez plus agir.

b) Si le litige persiste, la plupart des assureurs vous proposent alors de saisir leur organisme de médiation interne, puis en cas de nouvel échec, de saisir gratuitement la Médiateur de l'Assurance.

Médiation de l'Assurance TSA 50110 Paris Cedex 09 - <https://www.mediation-assurance.org/Bienvenue>

Durant toutes les procédures, vous pouvez vous faire aider par votre assurance juridique, une association de consommateurs (QUE-CHOISIR, 60 Millions de consommateurs, etc.), ou par un avocat (attention aux honoraires).

c) En cas d'échec de toutes les procédures amiables, et si le litige est inférieur à 10 000 €, vous pourrez agir devant un Tribunal d'Instance (TI), sans être obligé de prendre un avocat.

- Enfin, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR police et sanctions des banques et assurances), peut prendre en compte le signalement d'un particulier s'il pointe un dysfonctionnement d'ordre général (exemple : refus habituel d'une assurance de transmettre une notice d'information avant la souscription).

ACPR: 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - Tél: 01 49 95 49 95 - mail: info-clientele@acp.banque-france.fr

Site: <https://acpr.banque-france.fr/lacpr/presentation.html>