



REVUE DE PRESSE HEBDOMADAIRE N° 113

Mardi 23 octobre 2012

Sommaire :

Dépassements d'honoraires (Pourquoi les toubibs disent oui à l'accord – Réaction du SMG) ..	2
ACP (incertitudes sur Solva 2 – La Fnim pas contente)	6
Mutualité (Mutuelle pour tous – Pas de TSCA aux mutuelles étudiantes – Réseaux de soins) ..	8
Contrats collectifs (Les IP inquiètes - + 5 % en 2013)	11
Santé publique (Contraception des adolescentes – les OGM suite...)	12
Professionnels de santé (Low cost : les sonotones aussi)	15
Cocorico (Une TPE Montpelliéraine classée 4 ^{ème} mondiale en innovation)	16
Tribune libre (La santé un droit pour tous – Coordination nationale)	17
Alimentation (Sauter un petit dej donne envie de manger gras)	18
Eco-médecines (Je prescris du sport plutôt que des médicaments)	19
Hôpital (Renvoyé des urgences, le patient décède)	20
Justice (Mediator : perquisitions chez les autorités de santé – Les irradiés d'Epinal)	20
Société (4 mutuelles pour couvrir les précaires – Taxer les boissons énergisantes)	22
En marge	23

Les revues de presse seront consultables sur le site Extranet de l'ADPM, accessible avec un identifiant et un mot de passe aux adhérents. <http://www.adpm-mutuelle.com>

Dépassements d'honoraires

Négos : pourquoi ont-ils dit « oui » à la limitation du secteur 2

Egora du 24 octobre 2012



Le relevé de conclusions des négociations qui s'étaient entamées lundi soir à la CNAM sur la régulation des honoraires libres a été signé par tous les syndicats médicaux et

la caisse nationale d'assurance maladie mardi vers 17 heures. **Une signature manque, celle des organismes de protection complémentaire, représentés par l'UNOCAM. Pourtant, sans attendre, autant la ministre de la Santé, Marisol Touraine, que le Premier Ministre, Jean-Marc Ayrault, se sont chaudement félicités de l'issue des discussions, qualifiées de "tournant historique" par la ministre. Selon le Premier ministre, il marquerait "le rassemblement de toutes les parties (assurance maladie, médecins, organismes complémentaires), autour de l'objectif de maîtrise des dépassements d'honoraires".**

C'est peut être aller un peu vite en besogne, car tous les syndicats CSMF, SML, FMF, Le BLOC et MG France vont maintenant expliquer les termes de l'accord à leurs instances (voir plus loin). Elles seront souveraines pour décider d'avaliser ou non le texte de l'avenant N° 8 à la convention médicale qui leur est soumis. La Mutualité a fait savoir qu'elle aussi allait soumettre le texte à ses instances. Quant aux patients du CISS, ils en appellent au président de la République et crient à l'escroquerie.

Voici, d'ici-là, l'état d'esprit des responsables syndicaux. Et leurs explications sur le revirement surprise de ces dernières heures.

- **CSMF, Dr Michel Chassang : "Il manque l'UNOCAM"**

Michel Chassang, le président de la CSMF, préfère ne pas s'exprimer avant un bureau que se réunit ce soir, il rappelle néanmoins que ses conditions pour signer se résument en 7 points. **"Six sont remplies. La septième, c'est l'engagement ferme de l'UNOCAM à solvabiliser les dépassements du contrat d'accès aux soins. Elle n'est pas au rendez-vous, mais les négociations de poursuivent au plus haut niveau, entre l'Elysée, le ministère de la Santé, l'assurance maladie et la CSMF sur ce point",** a-t-il expliqué. Néanmoins, les généralistes de l'UNOF se disent satisfaits de l'accord. Tout comme les spécialistes de l'UMESPE. Pour le Dr Rey, leur président, cet accord prend en compte des revalorisations **"indispensables"** mais qui restent **"insuffisantes"** pour les spécialistes en secteur 1. Il se félicite que les autres syndicats de

médecins spécialistes les aient rejoints pour montrer une unité syndicale forte qui a permis **"d'arracher les dernières concessions dont nous avons besoin, notamment pour mettre fin à l'injustice qui été faite, depuis de trop nombreuses années, aux anciens chefs de clinique et assimilés bloqués en secteur 1"**. Cet accord devrait permettre de sortir du **"boulet médiatique"** constitué par les tarifs hors normes qui leur sont **"injustement reprochés"**. Le syndicat demande maintenant instamment à l'UNOCAM de **"s'engager dans l'accord"**.

- **SML, Dr. Christian Jeambrun : "Accord historique"**

"C'est un grand accord, je pense qu'on peut même parler d'accord historique. Après la rupture de l'après-midi, le coup de fil de Marisol Touraine m'a incité à revenir négocier, car la ministre voulait à tout prix trouver une solution. Au résultat, nous avons une belle revalorisation pour le secteur 1, l'intégration possible dans le contrat d'accès aux soins, de tous les chefs de cliniques coincés en secteur 1 depuis 1990. Ce qui représente un effort financier supplémentaire. Et enfin, le taux de 150% de dépassements maximum ne figure plus comme un préalable. Il n'est plus qu'un des éléments de "repère" pris en compte pour qualifier les pratiques tarifaires d'excessives, inscrit dans le préambule. Il y a eu, en toute fin de négociation, une forme de fraternisation entre tous les syndicats, une union syndicale car nous voulions tous aller dans le même sens. Je pense que cet accord va stabiliser les dépassements excessifs, et qu'en six mois, on n'en parlera même plus"

- **FMF, Dr. Jean-Paul Hamon : "Roulé dans la farine"**

"L'intégration des anciens chefs de cliniques dans le contrat d'accès aux soins répare une injustice, mais cet accord ne résoudra pas le fait que le secteur 1 n'attire plus les jeunes. Et que nous enregistrons pour la première fois un recul de 5% du nombre de généralistes libéraux ! Maintenant, tout dépend de la signature de l'UNOCAM, car rien ne nous dit qu'elle mettra réellement les 150 millions d'euros annoncés sur la table pour revaloriser la médecine générale et solvabiliser les dépassements d'honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins. Elle s'engage simplement à inciter ses mandants à le faire prioritairement." Mardi matin sur *France Info* et après une nuit de sommeil, Jean-Paul Hamon reconnaissait qu'il s'était fait **"rouler dans la farine"**. Et d'ajouter sur Twitter : **"Ce n'est qu'un relevé de conclusions, pas un accord !"**

- **Le BLOC, Dr. Jean Marty (vice-président - SYNGOF) : "Très lourde responsabilité"**

"Le projet de texte est entre les mains d'un juriste qui l'analyse. Car nous voulons savoir si ce que l'on propose à notre signature est bien conforme à ce que nous avons cru approuver au bout de 20 heures de négociations sans sommeil. Une fois cette lecture effectuée, le CA du BLOC se réunira pour décider. Je trouve que l'idée du contrat d'accès aux soins est une grande idée, à la fois sociale et sécurisante pour nos professions. Celles-ci traversent une grave crise démographique, et il nous faut à tout prix sécuriser nos jeunes, il faut qu'ils trouvent les moyens suffisants pour exercer sans trop de contraintes, avec une juste rémunération. Par ailleurs, j'approuve le fait que la définition du tarif excessif soit désormais entre les mains de la profession, au travers des commissions paritaires régionales. Cette définition ne pouvait pas être laissée aux mains des caisses. Il s'agit d'un gros enjeu, nos professions doivent retrouver la sérénité. Si le BLOC avalise l'accord, il nous faudra remobiliser les professionnels autour de ces nouvelles règles du jeu. C'est une très lourde responsabilité".

- **MG France : de bonnes choses**

Le syndicat avait voté contre le projet de texte issu de la négociation de la semaine dernière. Aujourd'hui, sa position est nuancée. Le comité directeur du syndicat est en train de se pencher sur le projet de texte, il décidera. Mais d'ores et déjà le Dr Wilthien, vice-président, salue l'avancée relative à la mise en place de forfaits **"indispensables pour impulser la mutation de notre exercice professionnel"** grâce à d'autres modes de rémunération. **"La négociation a été très compliquée, car très large : secteur 1, secteur 2, intervention des mutuelles. Elle a aussi été humainement et intellectuellement presque inacceptable. Les négociations ont repris alors que certaines délégations étaient parties, nous étions exténués. Ce n'est pas digne"**. La réponse du syndicat est attendue dans les prochains jours. Le Dr Wilthien prévient que la **"réécriture de certains chapitres sera sans doute nécessaire"**.

- **Internes et chefs de cliniques (l'Isnih et Isncca) : Situation "toujours critique"**

Une assemblée générale téléphonique doit avoir lieu ce soir, après analyse précise du texte. En attendant ce vote, le préavis de grève n'est pas levé, car la situation est **"toujours critique"**. Et le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 est en cours d'analyse à l'Assemblée nationale. Les jeunes trouvent **"bizarre"** que le ministère ne les ait pas rappelés pour conclure la négociation, les internes de radiologie n'admettent pas la décote de leur lettre clef programmée dans le projet d'avenant sur trois ans. Tous s'insurgent contre le projet de cartographie

départementale de l'implantation des praticiens en secteur 2, derrière lequel ils redoutent une menace pour la liberté d'installation à l'avenir.

- **Patients du CISS : "Les pigeons de la farce !"**

"Un fiasco pour les patients car, afin d'obtenir l'accord, il a fallu lâcher du lest ! Et plutôt du lourd..." s'insurge le CISS (Collectif interassociatif sur la santé). **Plus de plafond, pas de changement, procédure de sanction qualifiée d'usine à gaz ...** Les patients crient à la mascarade. Et ils voient derrière la création du contrat d'accès aux soins la **"porte ouverte à la généralisation et à la légitimation des dépassements d'honoraires, plutôt qu'à leur limitation"**, d'autant que secteur 2 est maintenu. **"Quel médecin acceptera de lâcher la proie des dépassements d'honoraires en secteur 2 pour l'ombre de la prise en charge de ses cotisations sociales dans le cadre du « contrat d'accès aux soins » ? "Un accord au rabais a donc été préféré à une loi protectrice pour les citoyens"**, critique le collectif, qui demande au gouvernement d'introduire des mesures coercitives dans le projet de budget de la sécurité sociale en cours d'examen.

Principales avancées du projet d'avenant 8, dont certaines ont été déterminantes pour amener les syndicats à parapher le protocole d'accord :

Secteur 2 : Le taux de 150% de dépassement maximum autorisé en secteur 2 ne devient qu'un **"repère"**, pouvant être adapté selon les zones géographiques. Les médecins devront tendre à **"modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la convention"**. Ils auront l'obligation de pratiquer des actes en secteur 1 lors des urgences et auprès de patients titulaires de la CMUc, CME et disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (aujourd'hui, près de 900 000 personnes). Une population amenée à augmenter, les caisses s'engageant à promouvoir le mécanisme (mal connu) auprès des assurés sociaux. L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire devra s'effectuer par la commission paritaire régionale (CPR) après saisine par le directeur de la CPAM. Son avis portera sur le caractère sanctionnable de la pratique, puis sur la nature et le quantum de la sanction. La CPR travaillera selon un certain nombre de critères (parmi lesquels le lieu d'exercice, la fréquence des actes par patient, volume global d'activité, niveau d'expertise ou de compétence). Mais la prise en compte de la notoriété, par le biais de la publication dans des revues scientifiques nationales ou internationales (visant directement les PU-PH en secteur privé à l'hôpital), disparaît de la liste des critères permettant de justifier des dépassements supérieurs.

Contrat d'accès aux soins : Il sera proposé aux médecins du secteur 2, secteur 1 avec DE et anciens chefs de clinique qui se sont trouvés enfermés en

secteur 1, après la fermeture de la fenêtre conventionnelle par la convention 1990. Près de 2 000 praticiens se trouvent dans ce cas. Mise en place du contrat : au 1er juillet 2013 **“sous réserve qu’un tiers de médecins éligibles y souscrive”** (les caisses exigeaient la moitié des praticiens éligibles pour lancer le mécanisme). Le contrat aura une durée de trois ans, mais il reste réversible. 30 % au moins d’actes doivent être effectués en secteur 1, le secteur 2 sera plafonné à 100 % de dépassement pour le reste de l’activité. Pour les médecins installés depuis moins d’un an, le taux de dépassement sera calculé en fonction de la moyenne de la spécialité et de la région. Pour les spécialités d’anatomocytopathologie, gériatrie, médecine interne et néphrologie, le taux national sera retenu. L’UNOCAM s’engage à intervenir **“au-delà du ticket modérateur”** dans le cadre du contrat d’accès aux soins. Une négociation devrait s’ouvrir rapidement sur ce point. L’UNOCAM s’engage parallèlement à **“prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d’honoraires des médecins adhérant au contrat d’accès aux soins pendant la durée de celui-ci”**, lorsque leur contrat prévoit une prise en charge des dépassements.

Médecin traitant : Généralisation progressive du système de forfaits, et sa modulation en fonction de la densité médicale (il sera plus élevé en zone de désertification médicale). Engagement d’une prochaine négociation conventionnelle, après le vote du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale), qui doit aboutir avant la fin septembre 2013, destinée à généraliser progressivement les forfaits médecins traitants et prévoir leur revalorisation selon un calendrier **“cohérent”**.

Revalorisations : Spécialistes de secteur 1 ou en contrat d’accès aux soins Mise en œuvre de la

troisième tranche de revalorisation (CCAM) en trois étapes : 1er juillet 2013, 1er mars 2014 et 1er janvier 2015 (soit à chaque fois six mois plus tôt que prévu initialement). Accès en tant que spécialistes (psychiatres) dans le cadre du parcours de soins, au 1er juillet 2013, à la consultation de sortie de psychiatrie (2 C). Idem pour les cardiologues, auprès de patients atteints de cardiopathies (une seule consultation, 2 C). Les pédiatres pourront bénéficier d’une majoration de 5 euros pour la prise en charge de prématurés de moins de 32 semaines, et de jeunes enfants atteints de maladies congénitales graves. L’avis ponctuel de consultant qui ne pouvait intervenir que tous les six mois, pourrait intervenir tous les quatre mois.

Médecins généralistes : Les organismes de protection complémentaire s’engagent à mettre 150 millions sur la table pour développer les forfaits pour les médecins traitants. Création de consultations longues : sortie d’hospitalisation (2 C), patient atteint de cardiopathie (2 C), patients âgés de plus de 85 ans (au 1er juillet 2013) et 80 ans (1 juillet 2014). Pour les consultations auprès de personnes âgées, une rémunération forfaitaire (MPA) de 5 euros sera créée, versée trimestriellement par les caisses au médecin traitant.

Forfait médecin traitant : Suivi de patients hors ALD : le versement d’une rémunération forfaitaire annuelle par les mutuelles et assurances privées, en lien avec le volet médical de synthèse dans le cadre du paiement à la performance (P4P) est acté. Cette RMA sera rémunérée 5 euros par an. A la demande de l’UNOCAM, un observatoire sur les pratiques tarifaires est institué, chargé du suivi de la mise en œuvre du contrat d’accès aux soins.

Note de l’ADPM : Parmi les nombreux articles parus sur le sujet, la rédaction de la revue de presse ADPM a choisi la restitution d’Egora, média des professionnels de santé.

Nous y voilà : **Toubibs : 1 – Patients : 0**. Nous rejoignons la position des associations de patients résumée dans l’intervention du CISS. Le secteur 2 est légitimé avec la bénédiction de l’Unocam qui, malgré le camouflet de son absence à l’ultime négociation, consent à signer cet accord à posteriori. Si un seuil de dépassements d’honoraires non tolérable a été fixé par l’Unocam, le dispositif de sanctions est mal défini. La ministre de la santé, Marisol Touraine, interviewée sur cet accord « historique », le dit bien : « Les professionnels de santé qui dépasseraient le seuil fixé **pourraient** être sanctionnés », vous apprécierez la nuance.

Quelle est cette commission de sanction ? Qui va la composer ? Quelles seront les sanctions ?

Si on peut comprendre et encourager une revalorisation des tarifs dans le secteur 1 à laquelle participeraient les mutuelles par le simple paiement du ticket modérateur, rehaussé de fait, on ne peut que déplorer la faiblesse du gouvernement face au secteur 2. Et cet accord n’est rien d’autre qu’une légitimation de ce secteur et des dépassements d’honoraires. Par contre, nous nous opposons à la position de la FNMF qui voulait une participation plus directe dans le secteur 1. Il s’agirait ni plus ni moins qu’un début de privatisation de l’assurance maladie et ce n’est pas tolérable.

Beaucoup d’inconnues dans cet accord et surtout un grand danger pour les complémentaires santé qui viennent de mettre une fois de plus le doigt dans un engrenage non maîtrisable par l’Unocam. On l’a vu dans le passé avec l’accord sur le doublement de la contribution CMU décidée bilatéralement entre la FNMF et le ministre de la santé de l’époque. Peu de temps après, le gouvernement instaurait la TSCA à 3,5 % sur les contrats complémentaire santé responsables et son doublement dans la même année. **Le pouvoir en est persuadé**, les mutuelles sont riches et peuvent absorber les ponctions et participations successives sans mettre en danger leur existence.

Le grand perdant est le patient. Quel que soit la voie choisie par les professionnels de santé. Les coûts générés par la prise en charge plus globale des dépassements d'honoraires seront répercutés sur les cotisations. Les médecins du secteur 2 appliquant le tarif opposable selon cet accord, pourront, comme ils savent si bien le faire, jouer sur des délais de rendez-vous dissuasifs pour les patients.

L'ADPM est très inquiète et estime que le gouvernement a manqué de courage et que l'Unocam joue aux apprentis sorciers.

Le communiqué de presse du 25 octobre du Syndicat de la Médecine Générale (SMG), composé essentiellement de médecins généralistes œuvrant en secteur 1 (lire ci-dessous) en dit long sur l'institutionnalisation de la médecine à deux vitesses et le peu d'encouragement fait aux bonnes pratiques médicales. Inutile de dire que les petites et moyennes mutuelles partagent l'analyse et les craintes du SMG qui confirment ce que nous craignons : un dispositif de sanctions en trompe l'œil. Je vous invite à lire ce communiqué qui possède au moins une vertu, celle qu'il existe des défenseurs des valeurs de la médecine.

Communiqué : L'UMP l'a rêvé, le PS l'a fait !



SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

**Réinscrire la médecine
dans le champ du politique
et du social**



Ainsi donc, un accord est trouvé entre les médecins spécialistes d'organes et la Caisse nationale d'assurance maladie. Il entérine une médecine à deux vitesses.

Le gouvernement capitule et accepte un prix de consultation et d'actes (interventions...) chez les spécialistes de secteur 2 (40 % des spécialistes) à 2,5 fois la base du tarif remboursable (pour une consultation : 70€ au lieu de 28 €). Pour faire croire que c'est un accord de progrès, la CNAM propose un "contrat d'accès aux soins" pour les médecins qui, en échange d'une prise en charge de leurs cotisations sociales, accepteraient de ne pas faire de dépassement pour les bénéficiaires de "l'accès à la complémentaire santé" et de ne faire payer que le double du prix des actes aux autres !!!!

Les consultations, au delà de 70 €, ne seront considérées comme abusives que si elles sont répétitives. De plus, de nombreux critères spécifiques sont prévus pour analyser le caractère abusif. De toute façon, ce sont les médecins qui jugeront les autres médecins, au sein d'une procédure si compliquée que l'on peut, sans risque, parier aujourd'hui que les sanctions ne tomberont qu'aux calendes grecques.

Et pour arracher l'accord des médecins généralistes, ceux-ci auront des clopinettes et un "forfait médecin traitant" de 5 €. On n'est même pas à la hauteur du "forfait médecin référent" qui avait été supprimé sous la droite, sous la pression des syndicats de spécialistes, alors qu'il réalisait un autre mode de rémunération des médecins que le paiement à l'acte, ce qui serait une mesure urgente pour reconnaître le rôle de coordination et de prévention des médecins de premier recours.

Cet accord est un affront aux valeurs de la médecine. Le gouvernement se gargarise avec le mot justice, mais il accepte un accord qui confirme un système qui réalise l'exclusion des soins. Il a tout fait pour que le débat ne sorte pas du huis clos entre médecins, direction de l'assurance maladie et complémentaires santé. A quoi et à qui sert alors d'avoir une majorité parlementaire de gauche ?

- **Nous exigeons que la question des dépassements d'honoraires fasse l'objet d'un débat public**
- **Nous exigeons une refonte complète des modes de rémunérations des médecins**
- **Nous exigeons, à l'heure où le gouvernement demande des sacrifices au pays, que les dépassements d'honoraires soient abolis**

smg

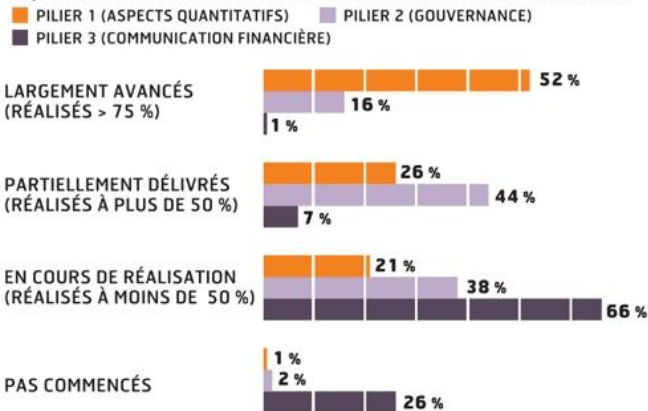
Malgré les incertitudes sur Solvabilité II, les assureurs poursuivent leurs efforts

Les Echos du 22 octobre 2012

Alors que les nouvelles règles prudentielles de l'assurance ne devraient finalement pas entrer en vigueur avant 2015, le marché français a bien avancé ses préparatifs.

SOLVABILITÉ II : L'ÉTAT DE PRÉPARATION DU MARCHÉ

« QUEL EST L'ÉTAT DE PRÉPARATION DE VOS TRAVAUX CONCERNANT ... »



« LES ÉCHOS » / SOURCE : ACP

Un nouveau report de Solvabilité II ne fait aujourd'hui plus de doute. Officiellement, le futur cadre prudentiel de l'assurance européenne doit être appliqué au 1^{er} janvier 2014. Dans les faits, l'étude d'impact sur les branches longues que les assureurs devront réaliser entre novembre et décembre, et dont les résultats ne seront connus qu'en mars 2013, rend improbable un démarrage à cette date. Comme l'a expliqué l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) vendredi dernier, elle aura en effet lieu avant le vote d'Omnibus 2, la directive qui vient modifier Solvabilité II.

Du coup, « si tout se passe bien, on peut partir sur un calendrier d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015 », d'après Emilie Quema, chef du service des affaires internationales assurance de l'ACP. La semaine dernière, Gabriel Bernardino, le président de l'Eiopa, le

superviseur européen des assurances, évoquait même l'horizon de 2016.

Cette incertitude n'a toutefois pas empêché les assureurs de bien avancer leurs préparatifs, comme le montre une étude réalisée par l'ACP. Les réponses des 362 organismes d'assurances et 46 groupes y ayant participé indique « un rattrapage encourageant », se félicite Christian Noyer, gouverneur de la Banque de France et président de l'ACP. Sur le pilier 1, c'est-à-dire les aspects quantitatifs de la directive, les travaux sont « largement avancés » chez 52 % des répondants. Ils ne sont plus que 1 % à ne pas avoir encore attaqué ce chantier, contre 15 % en 2011. Les mutuelles santé restent les moins préparées.

Sur le pilier 2 (gouvernance), 60 % des organismes ont déjà parcouru au moins la moitié du chemin. Là aussi, la quasi-totalité des opérateurs a désormais lancé ces travaux. La préparation à l'Orsa, le modèle de gestion des risques que devra développer chaque société, « reste assez faible », souligne néanmoins l'ACP.

Retard sur le pilier 3

Le marché est encore en retard sur le pilier 3 (communication financière), même s'il y a eu des progrès en la matière. Un quart des répondants ne se sont toujours pas penchés sur la question, contre 46 % en 2011. Seuls 8 % disent avoir « largement » ou « partiellement » avancé leurs préparatifs.

Preuve de l'implication grandissante des assureurs français, plus de la moitié d'entre eux ont un budget dédié à Solvabilité II. « Déjà important en 2011 pour les conseils d'administration », l'effort de formation se tourne désormais vers les salariés, souligne aussi l'ACP.

Note de l'ADPM : la nouvelle a été officiellement annoncée lors de la conférence de l'ACP du 19 octobre 2012, Solvabilité 2 démarrera en janvier 2015. Après avoir écouté les intervenants de l'ACP chargés des relations européennes, on peut même considérer que cette date de démarrage est largement optimiste. Les demandes particulières des pays européens et les délais d'étude et de transmission des conclusions entre la commission européenne et l'Eiopa sont tels qu'un démarrage à la date fixée est plus qu'improbable. Le gouverneur de la Banque de France et président de l'ACP, Christian Noyer, a, dans son discours d'ouverture de la conférence, désamorcé le questionnement sur les implications des retards du démarrage de Solvabilité 2 en insistant sur la nécessaire implication de l'industrie dans sa préparation à la norme.

Un exercice ORSA sera même mis en place en 2013. Il nous permettra certainement d'y voir plus clair dans ce modèle de reporting aux contours actuels flous.

Les petites mutuelles veulent du sur mesure

L'Argus de l'assurance du 19 octobre 2012



Mécontentement de la Fnim, qui désire des prescriptions allégées pour la mise en œuvre de Solvabilité 2.

« Nous ne laisserons pas se poursuivre le dévoiement de l'esprit mutualiste. » Philippe Mixe, président de la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim), qui regroupe une trentaine d'organismes totalisant 1,5 millions de personnes protégées, est remonté à bloc contre Solvabilité 2, qui a été préparée « sans tenir compte des spécificités du fonctionnement des mutuelles, au nom d'une prétendue défense des consommateurs [...] Et n'oublions pas qu'une partie non négligeable du monde mutualiste a participé à son élaboration. Pas la Fnim ! »

Son président, qui s'exprimait lors d'une conférence de presse organisée avant le congrès de la mutualité française, à Nice, a aussi voulu affirmer que la principale fédération du secteur, qui regroupe plus de 500 mutuelles, ne détient pas le monopole de l'expression « mutualité française ».

Un système spécifique

Défendant des mutuelles « à taille humaine », Philippe Mixe revendique un système qui leur soit spécifique. Alors que celles encaissant moins de 5 M€ sont exclues de Solvabilité 2, il demande que « la transposition en droit français n'aille pas plus loin que la directive ». Or l'Autorité de contrôle prudentiel demanderait à ces mutuelles des règles plus contraignantes que Solvabilité 1, ce qui participe à une « unification des codes » de l'assurance. Le sort réservé aux mutuelles encaissant de 5 à 100 millions préoccupe aussi la Fnim. Alors que la directive autorise un dispositif de « prescriptions allégées » en application du principe de proportionnalité, la Fnim fera des propositions pour un allègement maximal.

Note de l'ADPM : Nous déplorons de longue date « le dévoiement de l'esprit mutualiste » organisé par l'ACP sous prétexte de norme Solvabilité 2 et le silence de la FNNM. L'ADPM ne se contente pas de le déplorer mais agit depuis 3 ans contre le « dépeçage » organisé des sociétés de personnes et particulièrement des petites et moyennes mutuelles. Nous avons, par nos actions, nos intermédiations politiques à haut niveau, le recul nécessaire pour affirmer que le combat sera difficile et que nous ne pouvons pas compter sur la FNNM pour défendre le code de la mutualité. La stratégie de la FNNM est assez claire, s'appuyant sur des grands groupes mutualistes de plus en plus gros pour pouvoir ressembler aux grandes sociétés d'assurances et espérer jouer dans la même cour. La défense du code de la Mutualité ne semble pas être une priorité pour cette fédération qui entrevoit, accepte peut-être déjà, la prochaine fusion des codes qui régissent les métiers de l'assurance et qui signera la mort des mutuelles en tant que sociétés de personnes.

Landes Mutualité, au moment de son placement sous administration provisoire par l'ACAM en 2009, n'était plus adhérente à la FNNM mais adhérente à la Fnim et à l'ADPM. Le président fraîchement élu, Jean-Pierre Feigna, s'est senti bien seul entre les actions de l'administrateur provisoire et une FNNM qui estimait cette sanction normale car « Landes Mutualité était sortie de la Mutualité ». En résumé, quitter la FNNM, c'est quitter la Mutualité. L'ADPM a été la seule fédération à défendre Landes Mutualité et les atteintes au code de la mutualité. Le Conseil d'Etat, par ses arrêts du 21 décembre 2011, a donné raison au combat courageux du président Feigna et à l'engagement de l'ADPM à ses côtés.

Pire encore, l'ACP a été condamnée par le Conseil d'Etat sur les fondements de non respect d'articles du code de la Mutualité. Qui mieux que la plus importante fédération mutualiste était à même de défendre ce code de la Mutualité ? Elle ne l'a pas fait.

En ce qui concerne les seuils de proportionnalité non définis et qu'il serait dangereux de confier à la transposition de notre superviseur national, l'ADPM n'est pas resté les bras croisés et s'est ralliée aux propositions de la ROAM (Réunion des organismes d'assurance mutuelle). Nous estimons qu'un seuil de 50 millions d'euros est plus crédible. Nous estimons aussi, qu'en corrélation avec ce seuil, il faudra que l'organisme remplisse un certain nombre de conditions liées à sa couverture géographique (nationale ou internationale), à son activité (mono ou pluri activités) et à la nature du risque couvert (risque court, long).

Le combat pour défendre les spécificités des sociétés de personnes et plus particulièrement nos PMM (petites et moyennes mutuelles) ne souffre pas une prise en compte tardive. L'ADPM est de longue date très active sur ce dossier et ne laisse rien passer.

François Hollande promet des mutuelles pour tous en 2017

Les Echos du 22 octobre 2012



Le président de la République veut généraliser l'accès aux complémentaires santé d'ici à la fin du quinquennat. Quatre millions de Français en sont privés aujourd'hui. Il annonce une vaste remise à plat des aides et des taxes qui concernent le secteur.

L'objectif fixé par **François Hollande** est ambitieux. D'ici à 2017, tous les Français devront avoir accès « à une couverture

complémentaire de qualité » pour leurs frais de santé. Le président de la République s'exprimait samedi à Nice devant le congrès de la Mutualité française, qui fédère quelque 500 mutuelles. « Quatre millions de personnes » ne sont pas couvertes par une complémentaire santé (mutuelle, assurance ou contrat de prévoyance). Pour y remédier, le chef de l'Etat a annoncé une vaste refonte des aides et des taxes qui concernent le secteur.

Les aides, d'abord. Elles atteignent « 4 milliards d'euros », a relevé le président de la République, et représentent « un gâchis financier ». Car « ceux qui en profitent sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire ». François Hollande vise les exonérations fiscales et sociales dont bénéficient les employeurs pour leur participation à la protection complémentaire des salariés. Par construction, elles ne bénéficient qu'aux contrats collectifs, bénéficiant souvent aux salariés des grandes entreprises et pas aux contrats individuels, dont doivent se contenter beaucoup de retraités ou de salariés de PME.

« Une injustice sociale inacceptable », a jugé François Hollande. Car les contrats individuels « représentent un taux d'effort plus important pour les ménages, soulignait la Cour des comptes en 2010. En effet, les souscripteurs ne bénéficient pas de la participation de l'employeur et ces contrats sont moins avantageux du fait du pouvoir de négociation des adhérents individuels, bien moindre que celui des employeurs dans le cadre de contrats collectifs ». Un exemple ? « Alors que les médicaments pris en charge à 35 % par l'assurance-maladie sont entièrement remboursés par 97,7 % des contrats collectifs, ce taux n'est que de 84,8 % pour les contrats individuels », relève le rapport. Les remboursements sont aussi moins généreux pour les prothèses dentaires ou les honoraires des médecins.

Certes, il existe, depuis 2005, une aide à la complémentaire santé, qui s'adresse aux foyers aux revenus modestes. Mais elle manque son but. « Seuls 650.000 d'entre eux la perçoivent, alors que 4 millions pourraient en bénéficier », a-t-il critiqué. C'est donc l'ensemble de ces aides qu'il faut remettre à plat. Quant à la fiscalité qui pèse sur les complémentaires, « elle sera revue ». Aujourd'hui, la taxe est de 7 % sur les contrats dits « responsables et solidaires », qui respectent des critères, comme le suivi du parcours de soins ou la non prise en charge des franchises, et de 9 % pour les autres. Cette différence n'est plus suffisante pour que les premiers soient « véritablement attractifs », a estimé François Hollande, qui a proposé « une modulation beaucoup plus forte », afin de privilégier les contrats vertueux. Dans le même temps, la liste des critères que doivent respecter les contrats responsables sera enrichie, en particulier pour favoriser « un meilleur remboursement des soins optiques et dentaires ».

Ce vaste « chantier » lancé par le président de la République « pourrait aboutir dès l'année prochaine », et se traduire dans le budget de la Sécurité sociale pour 2014. Dans l'immédiat, les institutions de prévoyance, qui sont les plus concernées par les contrats collectifs, devraient réagir vivement à la refonte annoncée des aides.

Note de l'ADPM : La taxe va être revue... Quand ? En 2017 ?

Notons la prise en compte enfin des rapports successifs de la Cour des comptes sur les inégalités d'accès à une complémentaire santé. Il reste à voir quelles seront les mesures proposées et leur cohérence avec l'amélioration de l'accès aux soins.

PLFSS 2013: la commission des affaires sociales veut exonérer les mutuelles étudiantes de la taxe spéciale

APM International du 17 octobre 2012

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a demandé mardi que les mutuelles étudiantes soient exonérées de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

Deux amendements identiques, présentés par les socialistes et les écologistes, ont été adoptés en commission sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

Le PLFSS 2013 sera discuté en séance publique à l'Assemblée nationale entre mardi 23 et lundi 29 octobre.

L'exonération concernerait seulement les contrats responsables (ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise).

Elle représenterait un coût de 8 millions d'euros, selon les estimations citées par les députés, qui proposent de le compenser par une hausse de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques à due concurrence.

Les écologistes estiment que la mesure se justifie par la situation sanitaire et sociale des étudiants, dont 19% ne peuvent pas se payer de complémentaire santé (contre 10% dans la population générale).

"Exonérer les mutuelles étudiantes de la TSCA serait un signe politique en direction de la santé des jeunes", écrivent Jean-Marc Germain (PS, Hauts-de-Seine), premier signataire de l'amendement, et les membres du groupe socialiste.

"En contrepartie, les pouvoirs publics pourraient demander une baisse des prix des complémentaires santé (du fait de la suppression de la taxe) et des efforts de gestion pour améliorer la qualité de service", ajoutent-ils.

Ils estiment par ailleurs que des discussions sur la

pérennité du régime étudiant de sécurité sociale doivent s'ouvrir "en mettant fin notamment à son sous-financement structurel".

DEPOT D'UNE PROPOSITION DE LOI

Indépendamment de cet amendement, le groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC) a annoncé mardi le dépôt d'une proposition de loi sur les réseaux de soins des mutuelles.

"Cette proposition de loi vise à leur permettre d'instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre et de qualité de soins", indique le groupe SRC dans un communiqué.

L'objectif est de "favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé" et "d'améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués".

Les députés socialistes soulignent qu'il s'agit de la traduction de "l'engagement de François Hollande" à "améliorer l'accès aux soins pour le plus grand nombre et de lutter contre les situations de renoncement aux soins pour raisons financières".

Le texte de la proposition de loi n'était pas disponible mercredi matin.

Une disposition similaire avait été votée en 2011 dans la proposition de loi Fourcade modifiant la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) mais avait été censurée par le Conseil constitutionnel, rappelle-t-on.

Note de l'ADPM : Même si cette proposition paraît aller dans le bon sens pour améliorer l'accès aux soins des étudiants, il n'en demeure pas moins que sa mise en place pour **TOUS** les étudiants semble difficile à mettre en œuvre (les mutuelles étudiantes ne couvrent que 30 % des étudiants en complémentaire). Enfin nous sommes loin des promesses de campagne d'une suppression totale, tout au moins d'une baisse généralisée de la taxation de la santé.

Une loi pourrait autoriser les mutuelles santé à avoir leurs propres réseaux de soins

La Tribune du 17 octobre 2012



Le groupe socialiste a déposé mardi 16 octobre à l'Assemblée nationale une proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de santé de mettre en place des réseaux de santé de professionnels agréés comme les opticiens ou les dentistes pratiquant des prix moins chers. Une initiative qui intervient à la veille de l'ouverture du 40ème congrès de la Mutualité française à Nice du 18 au 20 octobre.

Les mutuelles n'ont toujours pas le droit de créer leurs propres réseaux de professionnels de santé agréés. Le Code de la Mutualité le leur interdit. Les députés socialistes ont décidé d'y remédier : ils ont déposé mardi 16 octobre une proposition de loi dont l'objectif est d'autoriser les mutuelles santé à créer ce type de réseaux de soins comme peuvent déjà le faire les assureurs santé traditionnels (le réseau Carte Blanche de Swiss Life France par exemple), les institutions de prévoyance (Kalivia de Malakoff Médéric par exemple) ou encore les mutualistes dépendant du Code des assurances (comme Sévénane de Groupama ou Santéclair pour Maaf et MMA).

Les mutuelles santé n'ont pas le droit mais les assureurs, si

Certaines mutuelles santé comme la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education nationale) ou Harmonie Mutuelle sont déjà passées outre l'interdiction, et orientent quand même leurs adhérents vers des réseaux de santé, au risque d'être attaquées en justice. La MGEN a d'ailleurs des procès à son encontre. Elle s'est déjà faite condamner le 18 mars 2010 par un arrêt de la Cour de cassation, pour avoir pratiqué des remboursements plus avantageux pour ses adhérents acceptant de se faire soigner dans son réseau agréé.

Une première tentative législative a échoué en 2011

Après cet arrêt, un amendement avait été introduit dans la loi sur l'hôpital (article 22 initialement) afin de modifier le Code de la Mutualité sur ce point, et donc d'autoriser les mutuelles à disposer elles aussi, comme

les autres acteurs de la complémentaire santé, de leurs propres réseaux de professionnels agréés. A la suite de débats houleux et passionnés au parlement, l'amendement a été finalement adopté en juillet 2011 pour être invalidé quelques jours plus tard, en août, par le Conseil Constitutionnel, ainsi que d'autres dispositions, jugés sans lien par rapport au texte principal de la loi. Malgré les promesses électorales sur ce sujet pendant la campagne présidentielle, ce dossier n'avait jusqu'alors pas progressé.

Lutter contre le renoncement aux soins

Or, la question du renoncement aux soins, dans cette période de crise, devient sensible. En effet, dès 2008, 15,4% des Français déclaraient avoir renoncé à des soins, surtout dentaires et optiques pour des raisons financières. Les députés socialistes expliquent donc leur démarche par le souci de fournir au plus grand nombre "un accès aux soins", objectif qui est "une priorité présidentielle". Au total près de 30 millions de Français ont déjà accès par le biais de leur complémentaire santé à ces réseaux de soins qui obtiennent des prix plus faibles (de 20 à 40% selon les cas) et un engagement sur la qualité des prestations, auprès de professionnels - principalement des opticiens et des chirurgiens dentistes - en contrepartie d'une garantie sur le nombre de clients qui leur seront adressés.

Maîtriser le reste à charge pour les ménages et le prix des complémentaires santé

La proposition de loi socialiste vise donc à "permettre aux mutuelles d'instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles ont conclu un contrat". Le groupe socialiste souligne qu'il s'agit ainsi de "favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé". Le dispositif devrait aussi permettre, selon les députés PS, d'"améliorer la qualité de l'offre".

Une proposition de loi qui arrive en tout cas à point nommé alors que le 40ème congrès de la Mutualité française aura lieu du 18 au 20 octobre, justement sur le thème de "l'accès aux soins, quel rôle pour la Mutualité, quel rôle pour les mutuelles ?" Les ministres de la Santé Marisol Touraine et de l'Economie sociale et solidaire, Benoît Hamon, y sont attendus et le Président de la République François Hollande fera le discours de clôture le samedi 20 octobre. Plus de 2500 délégués mutualistes seront présents.

Note de l'ADPM : L'ADPM s'oppose à la mise en place de réseaux de soins qui, à terme, risquent d'engendrer plus d'inconvénients pour l'ensemble des mutualistes et des praticiens que d'avantages.

Cette proposition nous paraît oublier les réalités mutualistes telles que la liberté d'appartenance à une complémentaire santé et écartant les personnes qui n'ont pas les moyens de se financer une complémentaire santé.

Au niveau des praticiens, qui va garantir l'absence de négociations sur l'apport de clientèle ? Qui préservera la liberté de choix du praticien ?

Enfin, le fait d'évoquer qu'il faille accorder la mise en place des réseaux de soins aux mutuelles par ce qu'elle l'aurait été antérieurement aux assureurs est extrêmement dangereux du fait de l'assimilation des mutuelles santé aux sociétés d'assurance.

Contrats collectifs

Les institutions de prévoyance s'inquiètent du devenir des contrats santé d'entreprise

Les Echos du 23 octobre 2012



Les institutions de prévoyance estiment que la suppression des avantages fiscaux et sociaux sur les contrats collectifs, voulue par François Hollande, pourrait conduire certaines entreprises à remettre en question la couverture santé proposée à leurs salariés.

Elles pressentaient, depuis quelques semaines, que le sujet serait remis sur la table par le gouvernement et elles ne se sont pas trompées. Au lendemain des déclarations de **François Hollande** sur les complémentaires santé, les institutions de prévoyance ne cachent pas leurs inquiétudes vis-à-vis de la disparition des exonérations fiscales et sociales sur les contrats collectifs. « *Si l'on supprime ces avantages, cela va conduire indéniablement des entreprises à remettre en question les contrats collectifs proposés à leurs salariés* », estime Jean-Louis Faure, le délégué général du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), porte-parole de ces institutions auprès des pouvoirs publics.

Des avantages déjà épinglés

En 2011, dans son rapport annuel sur le financement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes avait déjà épinglé ces avantages, estimés au total à 4,3 milliards d'euros. Le rapport pointait alors du doigt des niches « *non pertinentes* », bénéficiant essentiellement aux

salariés à revenu élevé. Des arguments repris par François Hollande ce week-end : « *Ceux qui en profitent sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire* », a déclaré le chef de l'Etat au congrès de la Mutualité.

Un argumentaire réfuté par le CTIP, qui s'attache à montrer, année après année, que la complémentaire santé n'est pas réservée aux salariés des grandes entreprises. Selon la dernière enquête réalisée par le Credoc en juillet 2012, 74 % des entreprises de moins de 250 salariés ont mis en place une couverture santé pour leurs employés (« *Les Echos* » du 3 octobre 2012). « *Le contrat collectif est un outil indispensable d'accès aux soins pour 12 millions de salariés y compris à revenus modestes*, souligne Jean-Louis Faure. *Ce sont des employés en boulangerie, poissonnerie de détail, hôtellerie-restauration, en aucun cas des salariés favorisés.* »

« 30 % moins cher »

Le CTIP redoute, en outre, que la réforme ne conduise à renchérir le coût de la complémentaire santé pour les salariés. « *Un contrat collectif coûte 30 % moins cher qu'un contrat individuel* », rappelle Jean-Louis Faure. D'après lui, les gains pour l'Etat ne seraient pas non plus au rendez-vous. « *Si les mécanismes sociaux et fiscaux devaient être remis en question, il en coûterait bien davantage aux pouvoirs publics pour maintenir un même niveau de protection sociale pour les millions de salariés - et leurs familles - aujourd'hui concernés* », analyse-t-il.

Tarifs des contrats santé des entreprises : + 5% prévus en 2013

L'Argus de l'assurance du 18 octobre 2012



Les négociations de fin d'année s'annoncent difficile entre des assureurs en collective soucieux de restaurer les équilibres techniques et des entreprises désireuses de maîtriser leurs coûts sur la santé.

La 23^{ème} édition de **Reavie** bat son plein à Cannes et la

question des tarifs 2013 est l'un des sujets très largement abordés par les congressistes entre deux ateliers. Selon l'enquête menée par *L'Argus de l'Assurance* auprès de différents acteurs du marché, les augmentations de tarifs des **contrats collectifs santé** devraient avoisiner les 5%. « *C'est la tendance du marché* », confirme un représentant d'une **institution de prévoyance**, tout en rappelant que pour les grands comptes et les contrats sur-mesure, la négociation est au cas par cas.

RESILIATIONS EN HAUSSE

Même si elle est en recul par rapport aux années précédentes, cette hausse moyenne de 5% peut, néanmoins, paraître élevée au regard de l'environnement plutôt favorable : la progression des **dépenses de santé** est très modérée et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (**PLFSS**) pour

2013 ne comprend ni nouvelles taxes, ni déremboursements du régime de base. « *Tout le monde apure les portefeuilles* », justifie un acteur de la collective, après avoir souligné l'état très dégradé des **résultats techniques** pour cause de crise économique...et l'absence de produits financiers. Certains prévoient même une progression des **résiliations**. « *Cette année, toutes les hausses doivent être entérinées avant le 25 octobre pour pouvoir envoyer, si besoin, les lettres de résiliation dans les délais* », témoigne un mutualiste.

RISQUE DE RUPTURE D'ACCES A LA SANTE

« *Tout le monde montre ses muscles en octobre, mais en décembre, les affaires reprennent le dessus. Et les augmentations prévues sont souvent renégociées à la baisse* », tempère un bon connaisseur du dossier. Les négociations seront, toutefois, complexes. La révision à la baisse des garanties est bien plus fréquente que dans le passé. « *Les entreprises n'entendent pas mettre un sous de plus dans la santé, mais les salariés demeurent prêts à payer pour conserver un bon niveau de couverture* », explique un assureur, et cette « équation complexe » se traduit notamment par le développement d'**options facultatives**. Avec des conséquences en terme de « **rupture d'accès à l'assurance santé** », s'inquiète le représentant d'une institution de prévoyance.

Note de l'ADPM : Une telle hausse serait en effet injustifiée sauf à s'accorder une marge de négociation avec les entreprises pour arriver à 2 ou 3 % de hausse ou amortir les actions de dumping précédentes...

Santé publique

Touraine souhaite la prise en charge de la contraception des filles de 15 à 18 ans

Libération du 23 octobre 2012 à 11:02



Un amendement en ce sens sera déposé lors du débat sur le budget 2013 de la Sécurité sociale.

La ministre de la Santé Marisol Touraine a annoncé mardi qu'elle présenterait, dans le cadre du budget de la Sécurité sociale pour 2013 (PLFSS), un amendement en faveur du remboursement de la contraception des jeunes filles. « *Je présenterai au nom du gouvernement un amendement qui propose le remboursement intégral par la Sécurité sociale de la contraception pour les jeunes filles de quinze à dix-huit ans* », a-t-elle

déclaré mardi dans un entretien au quotidien *Les Echos*.

Le PLFSS 2013, examiné à partir de mardi par les députés, prévoit déjà le remboursement à 100% de l'IVG (interruption volontaire de grossesse). Durant sa campagne présidentielle, François Hollande avait annoncé qu'il souhaitait mettre en place un « **forfait contraception** » pour les mineures, leur garantissant « *la gratuité, l'accès à un médecin dans l'anonymat et à une contraception de haut niveau* ».

Les OGM à l'épreuve de la démocratie : le professeur Séralini œuvre pour la santé publique en lançant l'alerte

Agora du 24 octobre 2012



Après avoir présenté son étude sur un OGM et son herbicide (Roundup), l'équipe du professeur Séralini, a demandé à ce que cesse « le secret industriel sur les évaluations d'OGM ».

Ils sont au cœur d'une controverse médiatique et scientifique. Au cœur de notre alimentation affirment les plus alarmistes. Les OGM (pour organismes génétiquement modifiés) sont des organismes vivants qui ont vu leur patrimoine génétique modifié, adapté, par l'Homme afin de répondre à certains critères prédéfinis. Une modification issue du génie génétique c'est à dire une insertion dans le génome (par transgénèse) d'un ou plusieurs nouveaux gènes. Ces OGM sont bien connus du grand public : ils sont le cheval de bataille « d'anti » depuis de nombreuses années, et un sujet de préoccupations pour beaucoup de nos concitoyens. Pourquoi une telle défiance à l'égard de la science ?

Peut-être tout d'abord parce qu'on touche à un tabou anthropologique inhérent à toute modification génétique, celui de s'accaparer le don (divin diront les plus pieux) de modifier la vie pour l'adapter à nos besoins. Ce bouleversement initial des croyances et de l'ordre établi, voulant que la nature a bien fait les choses, et qu'il est dangereux de s'en mêler, est un premier point de friction dans une mécanique scientifique pas si bien huilée que les utilisateurs et producteurs d'OGM voudraient nous faire croire.

Ces producteurs, sont bien souvent, dans le secteur le plus connu du grand public (en écartant celui prometteur de la santé) des entreprises qui ont mauvaise presse. L'exemple le plus connu concerne l'américain Monsanto, entreprise spécialisée dans les biotechnologies végétales (aussi tristement connue pour l'agent orange utilisé pendant la guerre du Viêt Nam).

Elle est l'un des principaux producteurs de semences génétiquement modifiées. Ces plantes transgéniques ont comme utilité de voir leur résistance aux ravageurs accrue, à la sécheresse, une plus grande tolérance aux herbicides ; les exemples sont nombreux et la liste loin d'être exhaustive. La cadence de production est le

principal argument en faveur de l'utilisation de la technique, Monsanto exprimant les choses de façon assez claire sur son site : « **Monsanto** est une société consacrée à l'agriculture. Nos innovations et notre technologie aident les agriculteurs du monde entier à produire plus en préservant plus. »

Produire plus, plus vite, afin de lutter contre la faim dans le monde diront certains. L'enfer est pavé de bonnes intentions commenteront les autres.

Le professeur Séralini, lui, a un avis appuyé sur la question. Spécialiste de la biologie moléculaire, et chercheur à l'Institut de biologie fondamentale et appliquée (IBFA) de Caen, il s'est récemment fait connaître du grand public grâce à ses études sur les OGM. Tout le monde a en tête l'image de ces rats aux corps affreusement déformés par une alimentation en OGM.

Le public découvre avec horreur ce que les industriels du secteur ont caché pendant de longues années, à savoir l'existence du doute. Doute sur la nocivité de tels procédés (aucune étude n'ayant eu lieu sur plus de deux années), sur le réel effet que peuvent avoir l'introduction massive d'OGM dans notre système de production agro-alimentaire.



« Il n'y a pas d'étude sur la vie entière des rats (entre 25 et 30 mois) sur le maïs NK603 et il n'y a pas d'étude longue sur les effets sur la santé de l'herbicide Roundup mais seulement sur son principe actif le glyphosate », a expliqué **Corinne Lepage**. Ce maïs est produit par la firme Monsanto et résistant à l'herbicide Roundup, produit par le même fabricant. Une véritable

controverse scientifique et médiatique s'est installée depuis lors et anime de nombreux débats.

« L'Europe a la réglementation la plus contraignante au monde en matière d'OGM » objecte Philippe Joudrier, ex-président du comité d'expert de l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) qui poursuit : « Cette étude ne fait pas peur, c'est une publication qui va dans le même sens que toutes les autres de monsieur Séralini ». Les détracteurs critiquent en effet le protocole d'étude mis en place par l'équipe du professeur Séralini. Le choix de la souche de rat prête selon eux à confusion : les rats présents dans l'étude développent naturellement davantage de tumeurs que les autres rats.

Le professeur Séralini rétorque qu'il s'agit de la souche habituellement utilisée par la communauté scientifique internationale, qui ne teste les OGM que sur une période de trois mois. Cette durée de trois mois est la principale critique qu'il adresse aux différentes commissions chargées de valider ou non la mise sur le marché de produits ; ces derniers ayant accepté des résultats d'études basées sur une vision à court-terme, réalisées sur un laps de temps réduits et commandées par des industriels, juges et partis.

L'agence européenne EFSA (Autorité européenne de sécurité des aliments) a demandé des compléments d'information. Le professeur Séralini a refusé de diffuser ces compléments uniquement à l'EFSA, dont il se défie, estimant que l'agence a couvert ces fameux tests non scientifiques d'une durée de trois mois réalisés par Monsanto et qu'elle a autorisé la mise sur le marché de produits sujets à caution.

Dans un entretien à Libération le 12 octobre, Gilles-Eric Séralini va plus loin dans sa critique de l'EFSA :



Gilles Séralini et son équipe – France 3

« Je ne reconnais pas l'Efsa comme une autorité indépendante. Le quitus de son budget n'a pas été

donné pendant une longue période pour conflits d'intérêts par le Parlement européen. L'Efsa nous réclame les données de nos tests. Nous sommes d'accord pour les rendre publiques, à condition que ces agences mettent elles-aussi sur le tapis les données de leurs tests qui ont conduit à l'autorisation des OGM et du Roundup. Il faut que ces éléments soient tous disponibles, mis en ligne sur un site public, afin que chacun puisse comparer ce qui a été fait ou pas. Je rappelle que nombre de personnes siégeant à l'Efsa vont devoir se prononcer sur une étude qui remet en cause leurs propres procédures d'évaluation des plantes transgéniques. Comment imaginer que ces personnes se déjugent à ce point ? »

La question qui se pose alors est pourquoi une telle levée de boucliers et une controverse aussi importante face à un problème pointé du doigt par un professeur devenu bien malgré lui lanceur d'alerte ? Celui-ci ne s'est pas contenté de critiquer sans fournir le commencement d'une preuve. Il a proposé une méthodologie inédite en installant un temps d'étude plus long, et nous livre aujourd'hui des résultats alarmants. Plutôt que d'écouter les avertissements de ce dernier, une lutte économique a lieu, les intérêts des leaders du secteur étant menacés, et tous les décideurs montent au créneau pour tenter d'enterrer l'étude. Comment dès lors protéger le professeur Séralini, et surtout protéger son droit au doute, à l'interrogation, au questionnement salutaire qui fait que parfois, des systèmes entérinés par toutes les autorités jugées compétentes mènent à de véritables catastrophes sanitaires ? Ce droit au doute est ce qu'il y a de plus précieux pour notre démocratie. Œuvrer pour protéger la santé publique, c'est prêter toute l'attention nécessaire aux voix discordantes mais qui nous donnent souvent la bonne direction à suivre.

Professionnels de santé

Low cost : les sonotones aussi

Egora du 24 octobre 2012



La guerre des sonotones est déclarée. Sur ce marché en plein essor détenu par deux enseignes (Audika et Amplifon), un troisième tente de se faire une place et il a décidé de casser les prix.

La France compte entre 5 et 7 millions de malentendants et, avec 500 000 appareils auditifs vendus chaque année, le chiffre d'affaires des audioprothésistes avoisine le milliard d'euros. Sur ce marché ultraconcurrentiel, un petit nouveau a débarqué. Sonalto, une jeune entreprise parisienne, propose un nouveau type d'aide auditive low-cost, baptisé Octave. Le principe est simple : alors que les prothèses auditives s'adaptent sur mesure à l'audition de celui qui les porte, Octave, lui, se contente d'amplifier les sons de 11 ou 20 décibels, selon la position choisie.

“Là où les audioprothésistes font de la haute couture, nous proposons du prêt-à-porter” résume Maxence Petit, l'un des fondateurs de Sonalto. Les prix, eux aussi, tiennent plus du prêt-à-porter que de la haute couture. Là où il faut compter environ 1 500 voire 2 000 € l'oreille pour une prothèse auditive, Octave coûte 299 €. **“Nous nous adressons à tous ces gens qui, faute de moyens, restent à la porte des audioprothésistes ou ont le sentiment qu'ils se font prendre pour des pigeons, poursuit Maxence Petit, tout en nuanciant : Octave souhaite aider les personnes qui, à partir de 55 ou 60 ans, se rendent compte qu'elles ont une légère perte d'audition, ce que l'on appelle la presbyacousie.”**

Pour diffuser ce nouvel appareil, Sonalto s'est invité dans 3 300 pharmacies françaises, et a déjà colonisé les oreilles de 10 000 Français.

Les audioprothésistes ont saisi la justice et crient à la concurrence déloyale : **“Ce produit marche mal et, contrairement à ce que Sonalto affirme, il se présente exactement comme une prothèse auditive,** explique Michel Touati, président du Syndicat national des entreprises de l'audition. **Or cette vente est réservée aux audioprothésistes, ce qui fait que leur démarche est purement et simplement illégale.”**

Les médecins, eux, se gardent bien de trancher. Jean-Michel Klein, secrétaire général du Syndicat national des ORL, estime qu'Octave peut être un premier pas vers l'appareillage et inciter de jeunes malentendants à accepter leur presbyacousie. Néanmoins, il constate que **“des pharmacies ont cessé de le vendre, estimant dommageable le manque de suivi”**. **“En tant que médecin, je préfère me pencher sur le taux de remboursement proposé par l'assurance maladie et les complémentaires santé.”** De fait, aujourd'hui, ces remboursements atteignent difficilement les 300 euros au total.

Bertin Nahum, patron de Medtech, une TPE montpelliéraine, vient d'être classé quatrième entrepreneur le plus révolutionnaire au monde.



«Je l'ai appris il y a une dizaine de jours, ce fut une belle surprise», confie Bertin Nahum, un entrepreneur de 42 ans, classé par le magazine scientifique *Discovery Series* en septembre 2012, juste derrière les Américains Steve Jobs, Mark

Zuckerberg et James Cameron.

Contrairement aux autres lauréats, Bertin Nahum n'est ni spécialisé dans les réseaux sociaux, ni dans l'informatique, mais dans l'assistance robotique à la neurochirurgie. En 2007, il met au point Rosa, un robot capable d'assister un chirurgien lors d'une intervention sur le cerveau. «C'est une sorte de GPS si vous voulez. Grâce à cette machine, l'opérateur va pouvoir atteindre avec précision une zone du cerveau et au lieu d'effectuer l'opération à main levée, c'est le bras du robot qui va agir, explique le PDG. Cela peut s'avérer très utile pour poser une électrode ou réaliser la ponction d'une tumeur», ajoute t-il.

Parmi les critères de sélection établis par *Discovery Series*, l'entrepreneur devait amener une innovation révolutionnaire et améliorer la vie des gens. «C'est sûrement pour ces raisons qu'ils nous ont retenu, suppose-t-il. D'ailleurs, je pense qu'ils ont vu le témoignage d'une patiente atteinte d'une tumeur au cerveau et opérée grâce à notre machine l'année dernière».

D'origine béninoise, Bertin Nahum est né au Sénégal et a grandi en France. C'est lors de ses études à l'Institut National des Sciences Appliquées (INSA Lyon, France)

que son projet mûrit: «En fin de cursus, j'ai participé à la conception d'un logiciel capable de détecter automatiquement des lésions crâniennes à partir de scanners. Ce sentiment d'utilité m'a donné envie de consacrer ma carrière aux patients, mais du côté des techniciens, à travers la création de robots susceptibles d'accompagner les chirurgiens dans leurs opérations».

Une quinzaine d'hôpitaux équipés

En 2002, il crée **Medtech** et se lance dans le développement d'un robot de la chirurgie du genou. Repéré par une grosse société américaine de chirurgie orthopédique, il revend son portefeuille de brevets à Zimmer, ce qui lui permet d'investir dans le projet Rosa.

La première machine est commercialisée en 2009. Depuis une quinzaine d'hôpitaux dans le monde en sont équipés. «On a des machines en Italie, en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada mais aussi en Chine et bientôt au Japon et au Moyen Orient», détaille ce chef d'entreprise qui emploie une vingtaine de salariés et qui enregistrait un chiffre d'affaire de deux millions d'euros en mars 2012.

Des difficultés à être reconnu en France

«Ce classement est important car c'est enfin une forme de reconnaissance, réalise-t-il. Comme beaucoup d'entreprises innovantes, nous avons eu beaucoup de mal à être reconnu en France et à être pris au sérieux. Bien souvent, il faut passer par l'étranger pour convaincre la France». Grenoble, Nantes, Strasbourg, Paris...Au total, sept CHU français utilisent le robot Rosa, qui coûte 300.000 euros. Si le marché français n'a pas été facile à pénétrer, Bertin Nahum ne se décourage pas, au contraire, il compte développer le même type de robot pour la chirurgie de la colonne vertébrale, toujours dans une «optique internationale».



la **SANTÉ** un **DROIT** pour **TOUS**

6 Rue de Balacava 33800 Bordeaux 0614555478

Membre de la COORDINATION NATIONALE des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité

Tribune libre du 22 octobre 2012

MEDECINS : COMBIEN D'EUROS POUR ETRE HEUREUX ?

Nous arrivons donc en fin de négociation sur les dépassements d'honoraires médicaux ambulatoires. Une dernière réunion a été rajoutée pour ce lundi 22 octobre 2012, avec l'accord de Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé...qui avait exigé la remise de la copie pour le 17 octobre.

Ceci veut-il dire qu'un accord est imminent et qu'il va être approuvé par Mme Marisol TOURAINE ? ... nous espérons qu'il n'en sera rien et nous tenons à le dire publiquement, avec les centaines de signataires du MMS (Manifeste des Médecins Solidaires) que nous coordonnons.

Nous estimons que les dépassements d'honoraires sont condamnés. Depuis 1980, ils ont prouvé leur nocivité. En augmentation constante, en privé comme à l'hôpital, ils atteignent maintenant un niveau considérable (12% de l'ensemble des honoraires médicaux). Avec d'autres facteurs ils contribuent à une inquiétante montée du renoncement aux soins pour raison financière pour près de 30% de nos concitoyens. Les témoignages que nous recueillons de plus en plus facilement et de plus en plus fréquemment, dans divers milieux, constituent des situations caricaturales où les usagers semblent davantage « pigeonnés » que les médecins... !

Au-delà du débat dans le milieu médical, qui devient « explosif », il s'agit d'une question sociétale qui interroge l'ensemble des citoyens ainsi que nos valeurs fondamentales :

- Devons nous accepter cet abandon des principes fondateurs de notre sécurité sociale et laisser dériver notre système de santé vers le chacun pour soi ?
- Est-il tolérable qu'une catégorie professionnelle, dans le domaine de la santé, soit autorisée à augmenter ainsi librement ses revenus par la contribution forcée des malades ? Ils sont souvent les plus fragiles, à revenus modestes, en longue maladie, âgés, dépendants. Ces personnes nous semblent mériter autre chose que cette double peine dans leurs parcours de santé.

Nous sommes inquiets également devant le transfert progressif de la prise en charge solidaire de la Sécurité Sociale vers les complémentaires santé qui interviennent maintenant pour la moitié des dépenses ambulatoires... Une possible implication croissante de ces complémentaires dans la prise en charge des dépassements d'honoraires, actuellement discutée, nous entraînerait dans une individualisation regrettable du risque santé.

Nous souhaitons enfin rappeler que le revenu mensuel moyen net des médecins libéraux, avant impôt, est de 6.000 € pour les généralistes, 9.000 € pour les spécialistes ; les revenus des médecins des services publics se situant dans l'intervalle ou en dessous... Si problème il y a, cette question doit être abordée comparativement aux autres catégories professionnelles de notre société et au pouvoir d'achat des citoyens.... Et sur la lancée, plutôt que de parler de la sempiternelle « juste valeur de l'acte médical », définissons sereinement le revenu moyen souhaitable pour les médecins, compte tenu de la durée de leurs études, de leur travail hebdomadaire, de leurs frais divers, etc., et au-delà du paiement à l'acte, envisageons d'autres modes de rémunération.

Nous appelons donc les responsables politiques à ne pas capituler devant des revendications extrémistes où l'attrait pour les hauts revenus semble avoir supplanté le serment d'Hippocrate. Une discussion parlementaire nous paraît indispensable pour traiter ce dossier épineux dans la sérénité nécessaire. Il est souhaitable qu'elle aborde également la question du secteur privé à l'hôpital.

Dans le même temps, nous invitons l'ensemble de nos confrères à exprimer leurs revendications dans le cadre de la cohésion nationale ... L'objectif de soins pour tous sans dépassements d'honoraires, dans un système de santé solidaire, n'exclut pas de donner réponse à des demandes professionnelles légitimes.

Dr Bernard COADOU 0614555478 bercoadou@wanadoo.fr

Pr Jean-Claude FAVAREL-GARRIGUES 0680020341 jcfavarel@aol.com

Militants de l'association La Santé Un Droit Pour Tous

Alimentation

Sauter le petit dej donne envie de manger gras

Le Figaro du 17 octobre 2012



Une étude du cerveau par IRM montre que l'on est plus attiré par la nourriture riche en graisses quand on ne prend pas de petit déjeuner.

C'est un conseil désormais connu: pour éviter les fringales, il est préférable de prendre un petit déjeuner consistant le matin. D'ailleurs, les personnes qui respectent ce principe sont en moyenne plus minces que les autres. Restait à comprendre pourquoi. Des chercheurs britanniques ont présenté à la conférence de neurosciences de La Nouvelle-Orléans leurs travaux sur l'un des mécanismes cérébraux engagés. Leurs études sur le cerveau de 21 volontaires montrent qu'attaquer la journée le ventre vide conduit non seulement à manger plus sur la journée, mais aussi à avoir davantage envie de plats riches en graisses.

L'équipe du Dr Tony Goldstone de l'Imperial College London a observé à deux occasions l'activité du cerveau des 21 participants, âgés d'environ 25 ans. Le premier jour, les chercheurs ont demandé aux volontaires, qui n'avaient pas pu prendre de petit déjeuner, d'évaluer leur envie de divers plats qui leur étaient présentés sur des photos. L'activité de leur cerveau, et notamment du cortex orbitofrontal, une zone qui s'anime lorsque l'on pense à un aliment que l'on apprécie, était en parallèle mesurée par IRM. Même expérience la fois suivante, cette fois une heure

et demie après un petit déjeuner copieux de 730 calories composé de céréales et de tartines à la confiture.

Les résultats ont montré que le cerveau s'animait davantage devant des images de plats riches en graisses type pizzas ou chocolat quand les volontaires n'avaient pas pris de petit déjeuner. En revanche, l'activité suscitée par les photos de plats peu caloriques - poisson, légumes - était la même, petit déjeuner ou pas.

Les participants se sont ensuite vus proposer un déjeuner où ils pouvaient manger autant qu'ils le souhaitaient. Ceux qui n'avaient pas petit déjeuné ont mangé 20% de plus que les autres.

Selon Dr Goldstone, ces résultats sont logiques si on les considère selon la logique de l'évolution: «Si vous êtes en carence d'énergie, vous n'allez pas perdre votre temps à manger de la laitue!», a commenté l'expert.

LES CONSEILS POUR UN PETIT DEJEUNER REUSSI

Un petit déjeuner équilibré doit se composer d'un liquide (eau, thé, café, jus de fruit...), d'une source de calcium (lait, yaourt, fromage), de vitamines et de fibres (fruit frais, entier ou pressé avec la pulpe) et d'un féculent (pain, céréales, biscottes, gâteaux secs...). Pour les plus affamés, rien n'empêche d'y ajouter du jambon, un œuf... Tout est question de préférence - car le petit déjeuner doit rester un moment de plaisir, insiste Florence Rossi, responsable des unités de diététique de l'AP-HM à Marseille, ex-présidente de l'Association française des diététiciens et nutritionnistes. «Si l'on a besoin de temps pour se mettre en appétit ou que c'est trop la course le matin à la maison pour se poser, il est tout à fait possible d'attendre une heure ou deux et d'emporter un petit déjeuner au bureau, si l'on y est plus au calme, du moment qu'il apporte les nutriments nécessaires. En revanche, passé 10h30, 11 heures, on est plus dans le registre de la collation et le risque est de n'avoir plus faim au déjeuner, donc de manger insuffisamment, puis de grignoter dans l'après-midi, ce qui peut faire grossir à terme. »

Généraliste, « je prescris du sport plutôt que des médicaments »

Egora du 18 octobre 2012



Le Dr Pierre Molina d'Arranda entreprend de convaincre ses patients de faire de l'exercice physique plutôt que de prendre des médicaments. Le généraliste de Chambéry se trouve

ainsi en phase avec la politique gouvernementale, où l'on promeut la pratique des activités physiques et sportives (APS) comme "outil essentiel de la stratégie nationale de santé publique", en lien avec les agences régionales de santé.

Pourquoi cet intérêt pour l'exercice physique en lieu et place d'une prescription médicamenteuse ?

Dr. Pierre Molina d'Arranda : J'ai plusieurs responsabilités syndicales et je suis élu SML à l'Union régionales des professions de santé Rhône-Alpes. Gilles Boisvert et Philippe Vachette, les créateurs de l'agence Ecomobilité* sont venus me voir en décembre 2011, pour me parler de leur projet de développement de l'impact santé auprès de la population, l'enjeu étant de changer les habitudes de déplacement des Français trop dépendants de leurs voitures. Philippe Vachette est très engagé sur le front du développement durable, pour anecdote, il est le créateur des déchetteries. Pour que ce projet fonctionne, il fallait mobiliser les médecins. Je suis devenu coordinateur de la commission impact santé à l'URPS.

Comment cela se traduit-il en pratique ?

Il s'agit d'inciter nos concitoyens à se bouger, 30 minutes par jours, ce qui est faisable. Pas question de compétition, mais d'écouter son propre rythme, de destresser. En travaillant sur le sujet à l'URPS, nous avons constaté qu'il y avait deux conditions pour réussir. La première, c'est de convaincre les médecins. A Strasbourg, ville pionnière dans le domaine, ils sont 50 volontaires et la communauté urbaine a donné son feu vert au remboursement des 30 minutes de vélo prescrites sur ordonnance. Si l'expérience montre son efficacité, Strasbourg a d'ailleurs l'intention de demander un remboursement de ses frais à la sécurité sociale. Pourtant Frédéric Van Rockeghem, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, m'a clairement dit qu'il ne déboursait pas un centime pour mon projet. Il changerait peut être d'avis en réalisant que pour 1 euro dépensé, il risque de gagner entre 200 et 500 euros... Et puis il faut aussi convaincre les patients.

Comment ?

Pour inciter les patients à pratiquer une activité physique, il y a trois solutions : la coercition en est une, l'idée de la faire pratiquer sur le temps de travail en est

une autre - c'est ce que l'on voit notamment à Taiwan où les ouvriers font de la gymnastique tous ensemble dans l'usine. Enfin, il y a la motivation forte, qui peut être financière ou autre. Cette motivation est pour nous très importante, notamment auprès des adolescents. Ils découvrent qu'il ne s'agit pas de rivalité, car on ne gagne rien, mais de solidarité lorsqu'on pratique une activité tous ensemble.

Mais en pratique, comment vous y prenez-vous dans votre cabinet ?

Je dis simplement au patient que s'ils font 30 minutes d'activité par jour, pour eux-mêmes, tranquilles, en respirant bien, ils vont diminuer notablement leur poids s'ils sont obèses, leurs troubles anxieux le cas échéant et leur consommation de médicament, très souvent. Ce qui est spectaculaire par exemple, c'est que l'activité physique augmente le taux d'HD- cholestérol, le bon cholestérol. Les principaux gains attendus portent sur les pathologies liées à l'appareil circulatoire, maladie d'Alzheimer, le diabète, l'obésité, le cholestérol, divers cancers, les dorso lombalgies banales, la maladie de Parkinson, certains troubles mentaux notamment. Dans notre dossier de presse, nous chiffrons en nous appuyant sur une étude officielle du CREDES (Centre de recherche, d'études et de statistiques), de 10 à 43 milliards d'euros, le montant des économies potentielles induites par le développement de la marche ou du vélo, une demi-heure par jour. Nous estimons ainsi que chaque kilomètre parcouru fait économiser 1 euro à la collectivité, par une réduction des frais de santé, la baisse de l'absentéisme et les gains de productivité. Les deux-tiers de ces gains reviennent à la sécurité sociale. On savait depuis Hippocrate que le sport était bon pour la santé. C'est en fait une activité physique produite à son rythme, qui sera leur meilleur médicament, une nouvelle manière d'envisager la vie, sans se battre contre les autres.

Votre action est complètement dans l'air du temps, les ministres de la Santé et des Sports venant il y a une dizaine de jours, d'encourager la pratique de l'activité sportive "plutôt qu'une longue liste de médicaments"...

J'ai envoyé mon dossier à Marisol Touraine et j'essaie de convaincre l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes de nous appuyer. Cela va en effet certainement nous encourager. Mais maintenant, il faut avancer.

*l'Agence Ecomobilité, association de promotion des alternatives à la voiture solo a remporté un appel d'offre lancé par l'antenne régionale de l'Institut national de prévention et d'éducation sanitaire (INPES). Intitulé "Bouge ta journée" le projet qui cible les jeunes se déroule sur le territoire de Chambéry. Il allie les thèmes de l'activité physique, de déplacements, de la santé, de l'alimentation et du bien-être.

Hôpital

Renvoyé des urgences, le patient décède

Egora du 23 octobre 2012



Après la mort d'un nouveau-né sur l'autoroute faute d'hôpital proche, entre le Lot et la Corrèze, l'hôpital de Vire dans le Calvados est mis en cause.

Dans la nuit de samedi à dimanche, vers 1 heure, David Denolle, 26 ans, habitant Sourdeval (Manche), village de 2 800 habitants, à 15 km de Vire, se présente aux urgences de l'hôpital : il se plaint d'un abcès à la gorge. Après examen, l'urgentiste de Vire consulte par téléphone les services du CHU de Caen, qui recommandent une hospitalisation rapide au CHU. Accompagné de sa mère, le patient repasse à son domicile où son état s'aggrave brusquement. Les pompiers puis le médecin hospitalier du Smur (service mobile

d'urgence et de réanimation) de Vire interviennent. En vain. Le médecin n'a pu que constater le décès, mais le permis d'inhumation n'a pas été signé.

Informée dans la matinée de dimanche, l'Agence régionale de santé (ARS) de Basse-Normandie a demandé une enquête administrative. La justice s'est de même immédiatement saisie du dossier : une autopsie a été ordonnée dans le cadre d'une enquête pour recherche des causes de la mort. Le jeune homme pourrait avoir succombé à une méningite foudroyante.

L'hôpital de Vire n'en est pas à ses premiers déboires. Le 1er mars, le chef des urgences, Charam Khalili, qui était aussi président de la commission médicale d'établissement (CME), s'est suicidé. Deux médecins, dont un gynécologue obstétricien, Abdelfattaha Aboukassem, qui n'est plus en poste, ont quelques jours plus tard déposé plainte pour harcèlement contre le directeur. L'IGAS avait été saisie.

Justice

Médiateur : des autorités de santé perquisitionnées

Le Figaro du 18 octobre 2012



Des perquisitions ont débuté jeudi dans plusieurs administrations du secteur de la santé, notamment au ministère, dans le cadre du dossier du

scandale sanitaire.

Deux informations judiciaires en cours

Des perquisitions ont débuté ce jeudi dans plusieurs administrations dépendant du ministère de la Santé, dans le cadre du dossier du scandale sanitaire du Mediator, a-t-on appris de sources concordantes. L'une d'elles a débuté à 10 heures à la Direction générale de la Santé à Paris (VIIème arrondissement), ont indiqué des sources judiciaires et proches de l'enquête. Une autre était en cours à la mi-journée à la Haute autorité de la Santé à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), a précisé cette instance. Selon RTL, qui a révélé l'information, la direction de la Sécurité sociale, également sise dans les locaux du ministère, devait également recevoir la visite des

enquêteurs de la Direction nationale d'investigations financières et fiscales (DNIFF) de la police et l'Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (Oclaesp). Aucune garde à vue n'est en revanche prévue, a précisé cette source.

Le Mediator, un médicament des laboratoires Servier destiné aux diabétiques en surpoids mais souvent prescrit comme coupe-faim, a été commercialisé de 1976 à 2009. Il est soupçonné d'avoir provoqué avant fin 2009 la mort d'au moins 500 personnes en 30 ans, voire 1320 à 2000 selon d'autres estimations. Il a été retiré du marché en novembre 2009 en raison des risques cardiaques encourus par les patients.

Deux informations judiciaires sont conduites à Paris depuis février 2011, l'une pour tromperie et escroquerie dans laquelle le patron des laboratoires et six sociétés du groupe ont été mises en examen, l'autre pour «homicides et blessures involontaires». Des centaines de plaintes ont été déposées.

Environ 80% des quelque 500 dossiers d'indemnisation de victimes présumées du Mediator examinés jusqu'à présent par les experts mandatés par le ministère de la Santé ont été rejetés, selon l'Association des victimes du médicament.

L'avocat des « irradiés » dénonce « l'aveuglement total » de l'hôpital d'Épinal

La Croix.com du 22 octobre 2012



Lundi 22 octobre au procès des « irradiés d'Épinal », le principal avocat des victimes, Me Gérard Welzer a fustigé la soif « d'orgueil et de vanité » des deux médecins et du radiophysicien, poursuivis pour homicides et blessures involontaires. Demain, mardi 23 octobre, la parole sera au Parquet

pour son réquisitoire.

« On est face à un trio indissociable. Un trio d'incompétents, de menteurs et de manipulateurs. » Dans sa plaidoirie, lundi 22 octobre devant le tribunal correctionnel de Paris, Me Gérard Welzer s'est montré d'une grande sévérité pour les trois principaux prévenus du procès des « irradiés d'Épinal » : les deux médecins radiothérapeutes et le radiophysicien, poursuivis notamment pour homicides et blessures involontaires et non-assistance à personne en danger. « Ils ont fait n'importe quoi (...) Ils ont joué aux apprentis sorciers », a affirmé l'avocat, qui défend 191 victimes.

À la différence de certains de ses confrères de la défense, Me Welzer n'a pas raté un seul jour d'audience depuis l'ouverture du procès, le 24 septembre dernier. Tout au long des débats, il a fait preuve de pugnacité et d'une très bonne connaissance du dossier qu'il suit depuis le départ.

C'est en octobre 2006 que Me Welzer a reçu, dans son cabinet d'Épinal, les premières victimes, alertées quelques jours plus tôt par la révélation dans les médias des surirradiations les plus graves survenues à l'hôpital d'Épinal entre 2004 et 2005. À la barre, l'avocat se souvient, alors du « pessimisme » de ces victimes et de leurs proches.

« Elles me disaient : Maître, on n'y arrivera, le monde médical se protège », raconte Me Welzer, avant de saluer le « travail remarquable » des magistrats du pôle de santé publique, chargés d'instruire cette affaire, « la plus grande catastrophe française en matière de radiothérapie ».

« Aveuglement total » des responsables

Pour Me Welzer, une des clés du drame est la soif « d'orgueil et de vanité » des deux médecins et du radiophysicien en poste à l'époque à l'hôpital d'Épinal. À la barre, il brandit un article, paru en septembre 2002 dans la presse locale et plutôt élogieux pour le service de radiothérapie.

Dans cet article, explique l'avocat, un médecin de l'hôpital se vantait que son établissement était « mieux équipé » que le prestigieux centre de lutte de contre le cancer de l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif (Val-de-Marne).

« Orgueil, vanité, quand tu nous tiens ! », tonne l'avocat, avant de dénoncer « l'aveuglement total » des responsables de ce service de radiothérapie d'Épinal, persuadés à l'époque « d'être meilleurs que les Américains » dans le domaine du traitement du cancer. Dans la foulée, Me Welzer détaille les « négligences gravissimes » dans la mise en place, à partir de mai 2004, d'une nouvelle technique de radiothérapie qui, à la suite d'une erreur dans le paramétrage d'un logiciel, entraînera de graves surirradiations chez 23 patients.

Formation quasi inexistante des manipulatrices

« Tout cela a été fait sans protocole écrit, ni réunion » affirme l'avocat, avant de pointer du doigt la formation quasi inexistante des manipulatrices du service, pourtant chargées d'utiliser au quotidien cette nouvelle technique. « Dans ce dossier, on a même essayé de faire porter le chapeau aux lampistes », s'indigne Me Welzer, en rappelant qu'au tout début de l'affaire, les deux médecins et le radiophysicien avaient tenté de rejeter la responsabilité de l'accident sur ces manipulatrices, rapidement mises hors de cause.

Plus la plaidoirie avance et plus les mots se font durs. Me Welzer fustige les « mensonges, le trucage, les falsifications » des principaux prévenus, en les accusant d'avoir tenté de dissimuler ou modifier certaines pièces dans les dossiers médicaux des patients. Avant de conclure en s'adressant directement au tribunal. « Je ne vous demande qu'une seule chose, de dire avec votre jugement : plus jamais cela. »

24 octobre 2012 : Les deux vice-procureures ont dénoncé « la volonté de cacher la vérité aux victimes ». Elles ont requis, mardi, des peines de quatre ans de prison, dont dix-huit mois ferme, contre deux médecins radiothérapeutes jugés pour la surirradiation de plus de 400 personnes soignées à l'hôpital Jean-Monnet d'Épinal (Vosges) entre 2001 et 2006. Douze personnes sont mortes des suites de leurs blessures. Si les représentantes du parquet ont exclu les accusations d'« homicide involontaire », elles ont retenu celles de « non-assistance à personne en danger » et de « destruction de preuves ». « A l'époque des faits, ils ont tenté de dissimuler la vérité quand ils se sont rendu compte que le matériel médical était mal réglé », explique Gérard Welzer, l'avocat des victimes. Un an de prison ferme a également été requis à l'encontre du radiophysicien qui avait installé la machine défectueuse. La défense doit plaider jusqu'à la fin de la semaine. Le jugement sera mis en délibéré.

Quatre mutuelles proposent une couverture aux précaires nantais

L'Argus de l'assurance du 24 octobre 2012



La Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes (**MCRN**), **La Choletaise**, **Intégrance** et **Harmonie Mutuelle** ont signé ce 23 octobre une convention avec la ville de Nantes, en Loire-Atlantique. Elles ont répondu à un appel à partenariat du Centre communal d'action sociale (**CCAS**) nantais, dont l'objectif était de proposer à des personnes en situation précaire (bas revenu, surendettement...), une **couverture santé** de qualité à un tarif modéré.

CONTRAINTES STRICTES

Seules ces quatre mutuelles ont soumis un dossier, et leur **cinq produits**, en phase avec les critères demandés, ont été retenus. Il faut dire que le texte mentionnait des contraintes strictes en termes de **tarif** et de couverture : la prestation inclut a minima le **remboursement intégral** de tous les frais médicaux courants (médecins généralistes, spécialistes, sages-femmes...), une prise en charge des hospitalisations,

des soins dentaires, d'**optique**, de prothèses, de contraception, les examens de prévention et de dépistage.

Dès lors, la direction des solidarités de Nantes peut proposer à ses citoyens de se rapprocher de l'une des mutuelles partenaires, en fonction de leur situation. « Nous avons été sélectionnés sur des valeurs de solidarité et de dignité, » explique **Isabelle Ryo**, directrice de la MCRN, qui rappelle que les 10 000 adhérents à cette mutuelle bénéficient tous d'une prestation unique « dans le but de rendre le soin accessible à tous ».

UN DISPOSITIF PLUS LARGE

Le CCAS de Nantes a déjà mis en place d'autres actions pour faciliter l'accès à une complémentaire de santé. Il offre de 100€ à 200€ aux personnes à faibles revenus, dont le reste à charge pour le paiement d'une complémentaire est supérieur à 30% du tarif initial.

En janvier dernier, la Ville avait également signé une convention avec la Caisse primaire d'assurance maladie (**CPAM**) qui vise à proposer un diagnostic de couverture santé aux Nantais et éviter le non recours aux droits. Depuis, elle informe ses publics des services et conseils proposés par la CPAM et l'**Assurance Maladie** lui rend la pareille.

Marisol Touraine veut taxer les boissons énergisantes

Egora du 23 octobre 2012



La ministre de la Santé Marisol Touraine a affirmé, dans une interview publiée mardi 23 octobre dans "les Echos", être "favorable" à la taxe spéciale sur les boissons énergisantes proposée par des députés socialistes dans le cadre du

budget de la Sécurité sociale discuté à l'Assemblée.

"Je suis favorable au principe d'une taxe. Ces boissons contiennent de puissants excitants, dont l'impact sur la santé fait actuellement l'objet d'une évaluation par l'agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) à ma demande", explique le ministre.

Elle souligne qu'elles sont "consommées par des jeunes, qui les mélangent à des alcools forts comme la vodka". Il est "préoccupant" qu'"un jeune sur deux s'adonne à l'âge de 17 ans au 'binge drinking'", c'est-à-dire une consommation excessive d'alcool, ajoute-t-elle.

Environ 40 millions de litres de ce type de boisson sont consommés chaque année en France et leur taxation est actuellement similaire à celle d'un simple soda.

Les parlementaires socialistes proposent de taxer les boissons contenant un seuil minimal de 0,22 gramme de caféine et 0,3 gramme de taurine par litre. Selon "les Echos", la taxe serait de 50 centimes ou de 2 euros par litre.

En marge

Du nouveau sur les éthylotests obligatoires

Ligue des conducteurs du 17 octobre 2012



Vous vous souvenez sûrement du scandale des éthylotests, que la Ligue de Défense des Conducteurs a révélé à plusieurs millions de Français il y a quelques mois.

(si cela ne vous dit rien, vous devez absolument en prendre connaissance : [cliquez ici](#))

L'information s'est répandue à toute vitesse sur internet, les médias se sont emparés du sujet, des centaines de milliers de conducteurs ont exprimé leur mécontentement... et le Ministre de l'Intérieur a reculé à mars prochain la date à laquelle les policiers et gendarmes commenceront à vous sanctionner pour défaut d'éthylotest.

Mais il y a mieux : Manuel Valls a annoncé que, d'ici là, il organisera une concertation avec les associations d'usagers pour "évaluer l'intérêt" du décret obligeant à détenir un éthylotest dans son véhicule.

Depuis cette annonce, toute l'équipe de la Ligue de Défense des Conducteurs est sur le pied de guerre pour se préparer à cette réunion : c'est une occasion unique pour obtenir, purement et simplement, l'annulation du décret !! Nous rassemblons les arguments, nous préparons un dossier précis et détaillé, mais pour mettre toutes les chances de notre côté, il nous faut le soutien massif des citoyens.

Bien entendu, il ne s'agit pas de défendre les chauffards alcoolisés. Mais de montrer au Ministre et ses conseillers que des centaines de milliers de citoyens refusent qu'on impose dans leurs véhicules des éthylotests dont le seul but est de maximiser les profits des fabricants, et qui n'amélioreront en rien leur sécurité sur la route.