



La REVUE de PRESSE du SNMKR

Cette revue de presse, non exhaustive, vise à vous résumer l'essentiel de l'actualité de la semaine.
Toutes vos suggestions sont évidemment les bienvenues pour améliorer ce support et le faire vivre : il vous est destiné, pour vous permettre d'être au courant et de mettre vos adhérents au courant des informations que vous souhaitez leur communiquer.

Bonne lecture.
Pierre MARGUIGNOT

SOMMAIRE

SANTÉ

Maladie de Parkinson : l'espoir de la neuroprotection

Maladie de Parkinson : la douleur négligée

Maladie de Parkinson : le manque de moyens fragilise la prise en charge

Polyarthrite rhumatoïde : objectif rémission

POLITIQUE

Grève massive des médecins, silence radio de Touraine

Grève des médecins libéraux: les syndicats maintiennent la pression sur les pouvoirs publics

Légion d'honneur: les promus du 1er janvier dans le domaine de la santé

RELATIONS AVEC LES TUTELLES

La CSMF refuse la présence de la FHP dans des discussions sur les honoraires médicaux

ÉCONOMIE

Un programme de soins infirmiers coordonnés à domicile pour les personnes âgées fragiles pourrait être coût-efficace

Intérêt médico-économique des programmes de réhabilitation rapide post-chirurgie en France

Lancement d'un "chèque santé" permettant de payer des prestations non remboursables par l'assurance maladie

JURIDIQUE

La Cnamts a détecté et stoppé 167,1 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives en 2013

LEGISLATION

JORF n°0300 du 28 décembre 2014 page 22626 texte n° 24

Parution d'un décret sur la VAE des aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ergothérapeutes et Ibode

DIVERS

Exclusif : la majorité des professionnels ignorent les démarches à suivre sur l'accessibilité de leur lieu d'exercice !

REVUE de PRESSE

Dans la presse



JORF n°0300 du 28 décembre 2014 page 22626 texte n° 24

Décret n° 2014-1639 du 26 décembre 2014 fixant pour l'année 2014 les cotisations aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire des professions libérales et des artistes et auteurs relevant de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale et les cotisations aux régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales

NOR: AFSS1425328DELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/26/AFSS1425328D/jo/texte> ELI:
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/26/2014-1639/jo/texte>

Publics concernés : professions libérales, artistes et auteurs professionnels. Objet : cotisations 2014 des régimes d'assurance vieillesse complémentaires obligatoires des professions libérales et des artistes et auteurs professionnels et des régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales. Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication. Il s'applique à l'année 2014. Notice : le décret fixe, au titre de l'année 2014, les cotisations des régimes d'assurance vieillesse complémentaires obligatoires des professions libérales (article 1) et des artistes et auteurs relevant de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale (article 3) ainsi que les cotisations des régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales (article 2). Référence : les textes modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le Premier ministre, Sur le rapport du ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 644-1 et L. 644-2 ; Vu le décret n° 49-578 du 22 avril 1949 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des notaires ; Vu le décret n° 49-579 du 22 avril 1949 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des médecins ; Vu le décret n° 49-580 du 22 avril 1949 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des pharmaciens ; Vu le décret n° 50-28 du 6 janvier 1950 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ; Vu le décret n° 50-1318 du 21 octobre 1950 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des vétérinaires ; Vu le décret n° 53-506 du 21 mai 1953 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des experts-comptables et des comptables agréés ; Vu le décret n° 55-1390 du 18 octobre 1955 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des médecins

;Vu le décret n° 61-1488 du 28 décembre 1961 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des chirurgiens-dentistes ;Vu le décret n° 62-420 du 11 avril 1962 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des artistes et auteurs professionnels ;Vu le décret n° 65-1139 du 23 décembre 1965 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des vétérinaires ;Vu le décret n° 68-884 du 10 octobre 1968 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes ;Vu le décret n° 70-803 du 4 septembre 1970 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des sages-femmes ;Vu le décret n° 74-526 du 20 mai 1974 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des experts-comptables et comptables agréés ;Vu le décret n° 79-262 du 21 mars 1979 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des architectes, agréés en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils ;Vu le décret n° 79-263 du 21 mars 1979 modifié relatif au régime d'assurance invalidité-décès des architectes, agréés en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils ;Vu le décret n° 79-265 du 27 mars 1979 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires ;Vu le décret n° 81-755 du 21 août 1981 instituant un régime d'assurance invalidité-décès des officiers ministériels, officiers publics et compagnies judiciaires ;Vu le décret n° 84-143 du 22 février 1984 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes ;Vu l'avis du conseil d'administration de l'Institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création (IRCEC) en date du 28 novembre 2013 ;Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), en date du 25 septembre 2014, Décrète : Article 1 Pour l'année 2014, le montant annuel des cotisations des régimes d'assurance vieillesse complémentaire des personnes non salariées ressortissant des sections professionnelles suivantes est fixé comme suit : 1° Section professionnelle des notaires : Section B classe 1 : 2 060,40 euros ; 2° Section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires : Classe spéciale : 674 euros ; 3° Section professionnelle des médecins : Taux de la cotisation proportionnelle : 9,40 % ; 4° Section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes : - cotisation forfaitaire : 2 442 euros ; - taux de la cotisation proportionnelle : 10,30 % ; Limites de l'assiette de la cotisation proportionnelle : - seuil : 31 916 euros ; - plafond : 187 740 euros ; 5° Section professionnelle des auxiliaires médicaux : - cotisation forfaitaire : 1 392 euros ; - taux de la cotisation proportionnelle : 3 % ; Limites de l'assiette de la cotisation proportionnelle : - seuil : 25 246 euros ; - plafond : 152 846 euros

;6° Section professionnelle des vétérinaires ;Taux d'appel de la cotisation : 101,50 % ;7° Section professionnelle des experts-comptables :Classe A : 583 euros ;8° Section professionnelle des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils, artistes auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, enseignants, professionnels du sport, du tourisme et des relations publiquesClasse 1 : 1 198 euros ;9° Section professionnelle des pharmaciens :Cotisation de référence : 1 040 euros.Article 2Pour l'année 2014, le montant annuel des cotisations des régimes d'assurance invalidité-décès des personnes non salariées ressortissant des sections professionnelles suivantes est fixé comme suit :1° Section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires :Classe 1 (classe de référence) : 260 euros ;2° Section professionnelle des médecins :- classe A : 622 euros ; - classe B : 720 euros ; - classe C : 836 euros ;3° Section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes :- au titre de l'incapacité permanente et du décès des chirurgiens-dentistes : 926 euros ; - au titre de l'incapacité professionnelle temporaire des chirurgiens-dentistes : 267 euros ; - classe A (classe de référence des sages-femmes) : 91 euros ;4° Section professionnelle des auxiliaires médicaux :- cotisation unique : 654 euros ;5° Section professionnelle des vétérinaires :- classe A (classe de référence) : 390 euros ;6° Section professionnelle des experts-comptables et des comptables agrées :- classe 1 : 228 euros ; - classe 2 : 336 euros ; - classe 3 : 552 euros ; - classe 4 : 768 euros ;7° Section professionnelle des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils :- classe A (classe de référence) : 76 euros.Article 3Pour l'année 2014, le montant annuel de cotisation au régime d'assurance vieillesse complémentaire prévu à l'article 1er du décret du 11 avril 1962 (artistes et auteurs professionnels) susvisé est fixé comme suit :- classe spéciale : 438 euros.Article 4Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.Fait le 26 décembre 2014.

Retour à [LEGISLATION](#)

Parution d'un décret sur la VAE des aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ergothérapeutes et Ibode

PARIS, 29 décembre 2014 (APM) - Le Journal officiel a publié dimanche un décret visant à clarifier le cadre juridique de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'accès aux formations d'aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ergothérapeute et infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (Ibode).

Un projet de décret dont l'APM avait eu copie en octobre concernait non seulement ces quatre professions, mais aussi huit autres: infirmier anesthésiste (Iade), puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, psychomotricien, manipulateur en électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical et ambulancier (cf APM NCRJ6002).

Le texte paru dimanche ne comporte qu'un seul article, à insérer dans le code de la santé publique pour les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ergothérapeutes et Ibode: "Ce diplôme peut être obtenu par la validation des acquis de l'expérience dont les modalités d'organisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé".

Or, l'accès par la VAE est déjà prévu pour les aides-soignants (arrêté du 25 janvier 2005), les auxiliaires de puériculture (arrêté du 16 janvier 2006), les ergothérapeutes (arrêté du 18 août 2010) et depuis plus récemment pour les Ibode (arrêté du 24 février 2014), note-t-on.

Interrogée par l'APM sur la portée de ce texte, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait expliqué en octobre qu'il visait à "harmoniser les rédactions du code de la santé publique" et à "inscrire de manière plus explicite cette voie pour les professions bénéficiant déjà d'un accès à la VAE". "Ce nouveau décret constituera donc le cadrage juridique dont découleront ensuite des arrêtés spécifiques à chaque profession concernée", indiquait-elle.

(Décret n°2014-1640 du 26 décembre 2014, Journal officiel du dimanche 28 décembre, texte 25)

nc/gb/APM polsan

Retour à [LEGISLATION](#)

Grève massive des médecins, silence radio de Touraine



Après six jours de mobilisation massive, les grévistes ne peuvent que constater le mutisme du gouvernement. Aucune négociation n'est en cours avec les médecins généralistes libéraux. L'heure est à l'unité entre les syndicats de généralistes qui annoncent en cœur une poursuite des actions au delà du 31 décembre. Une grève des télétransmissions est déjà au programme.

"Lorsque l'on essaye de joindre le ministère, on nous répond que Marisol Touraine est en vacances jusqu'au 2 janvier prochain", rit jaune le Dr Jérôme Marty président de l'Union Française pour une médecine libre (UFML). Car depuis le début du mouvement, il y a six jours, la situation n'a pas avancé d'un millimètre. "La ministre a décidé de prendre ses vacances en famille, cela illustre parfaitement la légèreté avec laquelle elle prend le problème. Elle se moque complètement des médecins libéraux. Elle est d'un mépris sans nom", tacle le Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF.

"Les appels dans les centres 15 battent des records"

Six jours après le début de la grève, le mouvement ne faiblit pas, bien au contraire. "Les appels dans les centres 15 battent des records. Ils sont multipliés par 3, voire par 4 par rapport à la normale. Les appels vers les régulateurs sont nos meilleurs indicateurs de suivi", commente le Dr Luc Duquesnel président de l'UNOF-CSMF. Pourtant des communiqués du ministère et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) se targuent d'annoncer qu'aucune sur-fréquentation des urgences n'est constatée. "Un mensonge", selon les syndicats qui relaient sur Twitter les témoignages de médecins urgentistes débordés. "Le ministère ne communique plus depuis le 26 décembre date à laquelle il ne parlait que de la fréquentation des urgences et non de la hausse d'appels vers les régulateurs du 15", constate le Dr Duquesnel.

Selon le président de l'UNOF, les ARS sont tenues d'envoyer au ministère tous les jours à 13 heures, les chiffres sur le nombre d'appels vers les services de régulation de la veille. Le praticien qui a pu se procurer ces chiffres constate l'augmentation massive des appels. Des médecins libéraux sont d'ailleurs réquisitionnés pour faire partie de la régulation. Et la situation devrait empirer aujourd'hui, car SOS Médecins entre dans la danse.

"D'autres actions plus dures sont à venir"

"Nous sommes dans le cadre d'une action de longue durée et ce mouvement n'en est que la première étape. D'autres actions plus dures sont à venir", prévoit le Dr Duquesnel, suivi par plusieurs syndicats comme la FMF ou MG France. De son côté le Dr Marty de l'UFML appelle à une poursuite du mouvement au-delà du 31 décembre. "Il faut continuer à mettre la pression sur le gouvernement.

En plus de la grève, nous stopperons toutes les missions liées à l'Etat demandées par les ARS, à commencer par la grève des télétransmissions".

"S'il est difficile de continuer la grève pour des raisons financières, nous irons vers un harcèlement du gouvernement et des caisses", annonce pour sa part Luc Duquesnel avant d'ajouter, "les généralistes fourmillent d'idées et d'actions pour les mois à venir. Lorsque l'on voit la rapidité avec laquelle Marisol Touraine a répondu aux urgentistes en leur lâchant 90 millions d'euros, on constate qu'elle entend très bien de l'oreille des urgentistes mais que l'oreille des généralistes est désespérément sourde".

Si les médecins généralistes se sentent dénigrés et méprisés par le gouvernement, ils constatent un soutien de la part des patients qui comprennent leur mouvement. D'après un sondage réalisé le 21 décembre par OpinionWay pour Axys Consultants, relayé par *Le Figaro* et BFM Business, près des deux tiers des Français comprennent la grève des médecins. Et ce, quelles que soient la classe d'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la proximité partisane politique.

Les Français favorables au C à 25 euros

52% des sondés adhèrent même à la revalorisation de l'acte à hauteur de deux euros. "Nous ressentons aussi le soutien des patients sur Twitter. Ils sont de plus en plus nombreux à craindre la perte de liberté du médecin qui reflète l'esprit même de cette loi", note le Dr Marty.

A l'unisson, les syndicats demandent une réécriture de tous les points de la loi et notamment ceux concernant le tiers-payant généralisé et obligatoire. Ils appellent à un arrêt immédiat de toutes les mesures visant à démanteler le métier de généraliste comme la vaccination par le pharmacien par exemple. Enfin ils réclament l'ouverture urgente de négociations tarifaires avec une

première étape fixant le C à 25 euros.

Une manifestation de médecins libéraux est prévue aujourd'hui à Rennes, alors que 90 % des généralistes bretons sont en grève.

Egora.fr

Retour à [POLITIQUE](#)

Grève des médecins libéraux: les syndicats maintiennent la pression sur les pouvoirs publics

PARIS, 29 décembre 2014 (APM) - Les syndicats de médecins libéraux entendent maintenir la pression sur les pouvoirs publics, certains d'entre eux appelant à poursuivre la suspension d'activité des généralistes initiée le 24 décembre, d'autres à soutenir l'arrêt d'activité au sein des plateaux techniques les lundi 5 et mardi 6 janvier 2015.

La mobilisation des médecins libéraux contre certaines mesures prévues dans le projet de loi de santé et le manque de moyens pour la médecine générale a été largement suivie selon les syndicats, qui évaluaient le taux de fermeture des cabinets des médecins généralistes à 30% à 80% le 23 décembre, puis à 70% à 80% le lendemain (cf APM MH6NH31JV et APM NC9NH1711).

Malgré l'annonce mi-décembre du report "au printemps" 2015 de l'examen du projet de loi de santé par le Parlement (cf APM VG4NGGQDU), l'ensemble des syndicats de médecins libéraux sont déterminés à maintenir, voire amplifier leur mobilisation (cf APM VG9NGMOX6 et APM VG0NGOMA9).

Le cabinet de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, devrait rencontrer plusieurs syndicats au cours de la première quinzaine de janvier, a-t-on appris lundi de sources syndicales. Le "Front généraliste", composé de

syndicats de médecins, jeunes praticiens et enseignants en médecine générale, serait reçu lundi 12 janvier 2015 par la ministre.

Lundi, l'association de gardes libérales SOS Médecins a confirmé son ralliement à la mobilisation jusqu'à mardi, accusant Marisol Touraine de "mentir aux Français" sur les conséquences de la mobilisation.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a fait savoir samedi qu'"aucune affluence anormale dans les services d'urgence" n'avait été observée. Mais de nombreux articles de presse régionale ont rapporté une situation tendue dans certains services, tandis que les centres 15 enregistrent un flux d'appels important depuis le début de la mobilisation (cf APM VG4NHCPBX).

"Au lieu d'apaiser les choses, la ministre de la santé se répand sur les ondes en prétendant qu'il ne se passe rien et que les services d'urgences hospitalières ne sont pas débordés. C'est totalement faux et les Samu-Centre 15 sont entièrement saturés avec des temps d'attente téléphoniques déraisonnables", écrit SOS Médecins.

Il observe que ses branches locales ont été réquisitionnées "massivement" par les préfets dès l'annonce de leur participation à la mobilisation, "ce qui est le témoignage flagrant de leur caractère indispensable à la prise en charge médicale de nos concitoyens".

SOS Médecins critique vigoureusement le contenu du projet de loi santé, estimant qu'il aura des conséquences néfastes sur la médecine libérale et "annonce d'ores et déjà que ces deux jours de suspension d'activité ne sont que le prélude à d'autres actions qui seront menées dans les prochains mois".

Dans un communiqué, l'Union nationale des omnipraticiens français (Unof) a estimé lundi la grève des médecins généralistes à "80% à 100%" des effectifs selon les secteurs de garde pour la permanence des soins.

La branche spécialiste de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) pointe des réquisitions de médecins "faites dans l'urgence, même après le début du mouvement". Elle affirme que "les records du nombre d'appels reçus par jour" dans les centres 15 "ont été pulvérisés", avec deux à trois fois plus d'appels que les maxima enregistrés jusqu'ici.

L'Unof avertit que cette mobilisation d'une semaine "n'est que la première étape de l'expression de la colère des médecins généralistes libéraux", avec d'autres actions à venir courant janvier 2015, faute pour le gouvernement de revenir sur la généralisation du tiers payant, le retrait des mesures critiquées figurant dans le projet de loi de santé et l'absence de revalorisation tarifaire.

La CSMF avait salué samedi dans un communiqué "la responsabilité des médecins libéraux" grévistes réquisitionnés depuis le 24 décembre dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

LE SML S'ASSOCIE AUX ARRETS D'ACTIVITE DEBUT JANVIER 2015

Le Syndicat des médecins libéraux (SML) a appelé lundi dans un communiqué "l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes" à soutenir l'arrêt d'activité des spécialistes de plateaux techniques dans les cliniques prévue lundi 5 janvier 2015 (cf APM PM5NG01BB) et à participer de nouveau à la fermeture des cabinets des généralistes mardi 6 janvier 2015 à l'initiative de MG France.

Le SML plaide pour l'"unité syndicale pour préserver notre système de soins" et souhaite que le Premier ministre, Manuel Valls, "reprenne en main la loi santé".

Dans un communiqué diffusé lundi, l'union syndicale "Le Bloc", qui regroupe l'Union des chirurgiens de France (UCDF), l'Association des anesthésiologistes libéraux (AAL) et le Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), a réitéré son appel à la cessation des activités des plateaux techniques à partir du lundi 5 janvier 2015.

Le Bloc exige de nouveau le retrait du projet de loi de santé, estimant que le texte "ne répond sérieusement à aucun enjeu majeur pour notre système de santé (financement, organisation des soins des patients chroniques, prévention, innovation) qu'il est pourtant urgent de réformer".

De son côté, l'Union française pour une médecine libre (UFML), ancienne coordination des "médecins pigeons", en a également

appelé lundi au Premier ministre pour arbitrer le conflit, faisant valoir une participation "historique" des médecins sur le terrain.

Vendredi, le président de la Fédération des médecins de France (FMF), le Dr Jean-Paul Hamon, avait annoncé sur RTL que la mobilisation allait se poursuivre.

"Cette grève, normalement, s'arrête le 31 décembre, mais on sait que ça va durer [...] car on est en face d'un ministère qui est particulièrement sourd et qui prétend vouloir renégocier, alors que [pendant] les dernières négociations qui se sont passées la semaine dernière, on nous a ressorti les mêmes textes qu'on nous a présenté au mois de juillet sans modification d'une virgule!", a-t-il observé.

vg/nc/gb/APM polsan

Retour à [POLITIQUE](#)

Maladie de Parkinson : l'espoir de la neuroprotection

Le Dr David Gragli déclare avoir des liens d'intérêts avec AbbVie, UCB, Teva et Medtronic.



Une absence de nouveaux médicaments, mais des recherches actives s'orientent sur de nouvelles cibles thérapeutiques. Tous les traitements que l'on utilise actuellement dans la maladie de Parkinson sont des traitements symptomatiques. Cependant, dans ce domaine, une étude récente a montré que l'utilisation de la L-dopa en première intention était une option envisageable. Explications du Dr David Grabli, neurologue et chercheur à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (La Pitié-Salpêtrière, Paris).

Quels sont les changements attendus en 2015 dans la prise en charge de la maladie de Parkinson ?

Dr David Grabli : Concrètement, nous sommes plutôt dans une phase de pénurie médicamenteuse. Il n'y a pas de nouveaux traitements symptomatiques prévus à court terme. En revanche, nous disposons de plus de vingt ans de recul sur l'utilisation des traitements de référence, que sont la L-dopa et les agonistes dopaminergiques. Ce qui a permis récemment à une équipe anglaise de mener une étude pragmatique de stratégies de traitement. Une première. En comparant les deux stratégies de traitement – prescription précoce de L-dopa versus une épargne dopaminergique –, l'équipe a clairement démontré que chacune avait ses limites et ses avantages. Si la première est associée à une meilleure efficacité et à l'apparition plus précoce de dyskinésies, la deuxième est associée à des effets indésirables psychiques et au recours plus rapide à plusieurs médicaments. Une chose est sûre, la prescription précoce de L-dopa à dose modérée n'est pas criminelle! L'étude a ainsi anéanti le dogme selon lequel il fallait utiliser les agonistes dopaminergiques en première intention et retarder le plus longtemps possible la prescription de dopamine considérée depuis une dizaine d'années comme néfaste (complications motrices). Un concept nouveau qui devrait changer la pratique en 2015.

L'idéal serait un traitement neuroprotecteur que l'on pourrait proposer aux patients à risque de développer la maladie. Comment repérer ces patients ?

On peut s'intéresser aux symptômes précoces, qui précèdent les signes moteurs, en particulier aux troubles du comportement lors du sommeil paradoxal (activité motrice corrélée au contenu des rêves) qui touchent 30 à 60% des patients. Les personnes peuvent présenter de tels troubles dix ans avant l'arrivée des troubles moteurs et ont un risque accru, évalué entre 60 à 65% de développer une maladie parkinsonienne. On peut s'intéresser aussi aux formes génétiques de la maladie (10% des malades). Parmi les gènes de susceptibilité identifiés, deux présentent un intérêt spécifique: Lrrk2 et le gène de la bêta-glucocérébrosidase. Les patients porteurs

d'une mutation dans l'un de ces gènes ont également un risque plus important de développer la maladie. Un courant de recherche très important en France, à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, et dans le monde, est de comprendre les mécanismes moléculaires dans lesquels les protéines codées par ces gènes sont impliquées afin de trouver des cibles thérapeutiques qui iraient compenser les anomalies induites par les mutations. L'idée est que ces gènes interviennent dans des voies moléculaires impliquées également dans la survenue des formes idiopathiques.

Quelles sont, d'après vous, les pistes de traitements neuroprotecteurs les plus prometteuses ?

Les travaux sur le gène LRRK2 représentent une voie de recherche majeure, qui bénéficie aujourd'hui de fonds très importants (notamment de Serguey Brin, cocréateur de Google). La piste des inhibiteurs calciques est aussi intéressante. L'hypothèse repose sur un travail expérimental fondamental. En faisant des analyses statistiques, on s'est également rendu compte en effet que les patients traités par l'isradipine présentaient un taux de maladie de Parkinson inférieur à celui de la population non traitée. Un essai préliminaire est en cours pour évaluer la dose efficace de l'isradipine. Enfin, une autre piste encourageante est d'utiliser un chélateur de fer. On sait que la mort des neurones dans la maladie de Parkinson s'explique en partie par un excès de fer local. Or une étude menée au CHU de Lille a montré qu'un traitement par défériprone (utilisée dans la surcharge en fer transfusionnelle des thalassémies) peut améliorer l'état clinique de patients.

Egora.fr

Retour à [SANTÉ](#)

Maladie de Parkinson : la douleur négligée

D'après la communication du Dr Olivier Rascol (Toulouse).



Les douleurs chez les malades parkinsoniens sont spontanément peu évoquées par les malades, et peu prises en charge.

Il existe deux grands types de douleurs en rapport avec la maladie de Parkinson. Des douleurs mécaniques périphériques, liées aux symptômes moteurs, et des douleurs de type neuropathique central, liées à des modifications fonctionnelles des mécanismes de transmission de la nociception secondaires aux lésions de la maladie.

Afin d'étudier la prévalence et les facteurs associés à la douleur parkinsonienne (DP), une enquête épidémiologique a été menée auprès de 450 patients parkinsoniens et 98 malades non parkinsoniens de la région Midi- Pyrénées. Il n'existe pas de questionnaire validé pour identifier une DP. Seuls quelques critères permettent de trancher : la douleur est-elle reliée chronologiquement à la maladie ? Prédomine-t-elle sur la partie du corps la plus atteinte par la maladie ? Ou encore est-elle améliorée par les médicaments dopaminergiques ?

Résultats de l'évaluation : la proportion de malades parkinsoniens souffrant de douleurs chroniques était deux fois plus importante que celle observée dans le groupe témoin non parkinsonien (après ajustement des comorbidités). 25 % des parkinsoniens souffraient de douleurs non liées à la maladie (DNP), arthrosique le plus souvent, 39 % souffraient de DP, et un tiers de patients ne souffraient pas de douleurs.

Des facteurs de risques identifiés

La présence de DP était associée à un âge précoce des patients au début de la maladie, à la présence de complications motrices et à des symptômes dépressifs plus sévères. Les DP étaient plus sévères que les DNP. Pour autant, elles ont été moins souvent rapportées par les malades auprès d'un professionnel de santé que les DNP (74% versus 86%). Près de 50 % des malades parkinsoniens avec une DP consommaient un antalgique (généralement de niveau 1). Soit une consommation plus faible que celle des malades atteints de DNP (68 %), en dépit de douleurs plus intenses.

Egora.fr

Retour à [SANTÉ](#)

Maladie de Parkinson : le manque de moyens fragilise la prise en charge

Source : Communiqué de l'association France Parkinson

www.franceparkinson.fr

Le 11 avril aura lieu la Journée mondiale de Parkinson. C'est l'occasion pour l'association France Parkinson de tirer la sonnette d'alarme pour améliorer la situation des malades. « Force est de constater l'échec des pouvoirs publics dans la prise en charge de la maladie » affirme France Parkinson.

L'association souhaite mobiliser les patients, les décideurs et tous les acteurs de soins autour de trois axes : la qualité des soins, la recherche et la prise en charge globale de la maladie.

Elle souhaite tout d'abord améliorer la structuration des soins. En effet, en 2012, 24 centres experts régionaux ont été désignés, « mais aujourd'hui, le manque de fonds mis à disposition fragilise la pérennisation de leur fonctionnement. L'association demande donc que cette notion de structuration du parcours de soins soit inscrite comme axe prioritaire du futur Plan sur les Maladies Neurodégénératives (PMD), qui devrait être lancé prochainement. Elle réclame un financement adapté pour les centres experts, une

formation continue plus soutenue sur cette maladie, et un meilleur accompagnement des jeunes parkinsoniens, notamment pour faire face à leurs difficultés professionnelles.

L'association s'inquiète aussi de l'avenir de la recherche pour laquelle elle demande plus de moyens, et la création d'un « structure nationale Parkinson pour fédérer la recherche clinique et fondamentale ».

Enfin, l'association regrette que la prise en charge de la maladie reste trop souvent limitée au corps médical. Elle souhaite une approche plus globale avec en particulier une formation spécifique des kinésithérapeutes et des orthophonistes, la promotion de l'exercice physique pour les malades, ainsi qu'une amélioration des solutions d'hébergements.

Egora.fr

Retour à [SANTÉ](#)

Un programme de soins infirmiers coordonnés à domicile pour les personnes âgées fragiles pourrait être coût-efficace

WASHINGTON, 30 décembre 2014 (APM) - Un programme de soins infirmiers coordonnés semble coût-efficace pour prendre en charge des personnes âgées fragiles à domicile, en particulier pour favoriser l'observance des traitements médicamenteux, selon une étude américaine publiée dans le Journal of the Geriatrics Society (JAGS).

La prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies chroniques est associée à un coût élevé. Des programmes de soins coordonnés ont démontré leur intérêt sur le plan clinique, à la fois sur l'humeur, l'état fonctionnel et la qualité de vie, mais l'impact sur les coûts est moins étayé, rappellent Karen Dorman Marek de l'Arizona State University à Phoenix et ses collègues.

Dans leur étude, ils ont évalué l'impact économique d'un programme de soins coordonnés à domicile du système américain d'assurance santé pour personnes âgées Medicare qui cible l'autogestion des médicaments. Pour cela, ils ont inclus 414 personnes âgées identifiées comme ayant des difficultés à suivre leur traitement médicamenteux, puis les ont randomisées en trois groupes, deux avec un programme de soins infirmiers coordonnés à domicile (l'un utilisant un pilulier et l'autre un appareil de distribution automatique de médicaments) et un groupe contrôle.

Les patients ont été suivis pendant un an.

Au cours de l'année précédant l'étude, le coût mensuel de prise en charge était compris entre 2.350 et 2.800 dollars en moyenne. Dans l'analyse en intention de traiter, le coût mensuel pour les patients pris en charge avec le programme de soins coordonnés et pilulier était inférieur à celui du groupe contrôle, de 447 dollars, mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Cependant, l'analyse portant uniquement sur les 344 patients suivis pendant au moins trois mois suggère une réduction du coût avec le programme de soins coordonnés et pilulier à la limite du seuil de significativité, de 491 dollars par mois.

Le coût de prise en charge avec le programme de soins coordonnés et le distributeur automatique de médicaments était en revanche plus élevé par rapport au même programme avec pilulier, de 409 dollars par mois.

Ces résultats sont prometteurs et doivent être confirmés dans des études de plus grande taille, sur une cohorte plus importante et sur une plus longue période, concluent les chercheurs.

Dans un éditorial, le Dr Bruce Kinoshian de l'université de Pennsylvanie à Philadelphie relève une réduction de 19% des coûts pour Medicare sur une année d'intervention avec le programme de soins coordonnés à domicile et pilulier, manquant le seuil de significativité par manque de puissance statistique. "Au XXIème siècle, les médecins et les infirmiers pourront apporter les technologies modernes au domicile mais, ce qui reste essentiel, ce sont les équipes qui interviennent chez les patients", souligne-t-il.

(JAGS, vol.62, n°12, p2.369-76 et 2.333-35)

ld/gb/APM

Retour à [ÉCONOMIE](#)

La Cnamts a détecté et stoppé 167,1 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives en 2013

PARIS, 30 décembre 2014 (APM) - La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) estime avoir détecté et stoppé l'équivalent de 167,1 millions d'euros de fraudes et d'activités fautives en 2013, soit 11,8% de plus qu'en 2012, selon le dernier bilan de la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) mis en ligne fin décembre sur le site internet de Bercy.

Ce rapport de 80 pages, finalisé pendant l'été et habituellement publié à l'automne, établit un bilan de l'action contre le travail illégal, la fraude aux prélèvements obligatoires et aux prestations sociales (famille, vieillesse et maladie).

Il montre un léger affaissement du niveau de fraude aux finances publiques, avec des montants détectés atteignant 4,518 milliards d'euros en 2013 contre 4,629 milliards en 2012. La DNLF avait enregistré auparavant une hausse de 20% en 2012 et de 16% en 2011 (cf APM VGQJS005).

La fraude fiscale a dépassé les 3,8 milliards d'euros, avec 3,42 milliards détectés par la direction générale des finances publiques (DGFiP) et 403,7 millions détectés par la douane. Les fraudes aux prestations sociales, y compris à l'assurance maladie, ont atteint 636,1 millions (+13%).

En dehors de ces fraudes détectées, la DNLF évalue la fraude liée au travail illégal entre 15,4 milliards et 19,1 milliards d'euros. "En incluant les redressements hors travail illégal (positifs et négatifs) et en incluant le champ des cotisations Unédic, retraite complémentaire et CSG, le manque à gagner total atteint un montant compris entre 20,1 milliards et 24,9 milliards d'euros pour 2012", selon la DNLF.

Les montants de fraude détectés par les organismes de sécurité sociale s'élèvent à 174,6 millions d'euros pour la branche maladie (156 millions en 2012), 9,3 millions pour la branche retraite (13,2 millions en 2012) et 143,4 millions pour la branche famille (121,4 millions en 2012). Pour Pôle emploi, la fraude est de 58,7 millions (+49%).

Le rapport ne précise pas, contrairement à 2012, le montant des économies réalisées par la Cnamts au titre des fraudes stoppées.

PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DEVANT LES ASSURES

Les fraudes et fautes enregistrées par la Cnamts concernent principalement les prestations en nature ou les soins de ville (81,6 millions d'euros), devant les établissements de santé (65,8 millions) et l'obtention des droits et prestations en espèces par les assurés (19,7 millions).

En volume, les infirmiers arrivent en tête avec 18,3 millions d'euros de préjudice subi (17,3 millions en 2012), devant les transports sanitaires et les taxis, qui totalisent 17,6 millions (12,7 millions en 2012).

Le contrôle de l'activité des professionnels de santé en ville montre une diminution du préjudice subi imputable aux médecins (fraudes à la nomenclature, facturations frauduleuses ou fictives), avec 6,1 millions d'euros, après 7,4 millions en 2012 et 7 millions en 2011. Les caisses ont déposé 32 plaintes pénales, infligé 51 pénalités financières et notifié 1.233 indus.

Le préjudice atteint 4,2 millions d'euros chez les pharmaciens (2,8 millions en 2012), 3 millions chez les masseurs-kinésithérapeutes (2,1 millions en 2012) et 4,7 millions chez les chirurgiens-dentistes (3,3 millions).

S'agissant des établissements, les caisses d'assurance maladie ont adressé, dans le cadre du contrôle de la tarification à l'activité (T2A), 219 notifications d'indus pour 22,9 millions d'euros (contre 226 notifications et 25,6 millions fin 2012), et 70 notifications de sanctions financières représentant un total de 7,1 millions (5,7 millions en 2012).

La DNLF évalue à 2,4 millions d'euros le préjudice détecté et stoppé lié à la facturation de produits de santé de la liste en sus normalement inclus dans les groupes homogènes de tarifs (GHT) appliqués à l'hospitalisation à domicile (HAD).

En dehors des contrôles thématiques, "le contrôle contentieux a mis en évidence un préjudice financier subi de 13,7 millions d'euros (10,8 millions en 2012)", selon la DNLF. Les tutelles ont notifié 1.611 indus pour un montant de 11,6 millions (9,8 millions en 2012).

Chez les assurés, le rapport fait état de 19,7 millions d'euros de fraudes, dont 13,2 millions relatives aux prestations en espèces (7 millions en 2012), soit un total de 2.819 dossiers. Les fraudes aux indemnités journalières (IJ) représentent 70% des cas, pour un montant de 6,8 millions, dont 3,5 millions en raison d'un cumul avec une activité rémunérée.

La Cnamts a recensé 800 autres dossiers de fraudes aux prestations en espèces pour un montant de 6,4 millions d'euros (5,7 millions en 2012).

Les caisses d'assurance maladie ont prononcé 2.245 pénalités financières à l'égard d'assurés, professionnels de santé et autres prestataires en 2013 (1.776 en 2012), pour un montant de 3,3 millions d'euros (1,9 million en 2012). Les agences régionales de santé (ARS) ont prononcé 70 sanctions financières à l'égard d'établissements.

L'assurance maladie a déposé 182 plaintes devant les juridictions ordinaires pour les professionnels de santé, lesquelles ont rendu 226 décisions au niveau régional et 144 au niveau national.

La DNLF relève que 804 saisines du parquet ont été déposées par les caisses d'assurance maladie en 2013 (1.113 en 2012), dont 69% visaient des assurés, qui ne représentaient toutefois que 22,8% du préjudice réclamé.

Les instances pénales ont prononcé 296 condamnations en 2013, dont 195 avec une peine d'emprisonnement (271 en 2012). Les condamnations financières s'élevaient à 7,2 millions d'euros (2,1 millions pour des assurés, 1,5 million pour des pharmaciens et 1,1 million pour des infirmiers).

Bilan 2013 de la lutte contre la fraude
vg/gb/APM polsan

Retour à [JURIDIQUE](#)

Polyarthrite rhumatoïde : objectif rémission

Le Pr Bernard Combe déclare avoir des liens d'intérêts avec BMS, Merck, Pfizer, Roche Chugai, UCB, AbbVie, Celgene, Janssen, Lilly, Nordic Pharma et Novartis.



De nouvelles recommandations sont attendues pour 2015. La stratégie thérapeutique "Treat to target", essentielle pour le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde, doit encore être encouragée en France, souligne le Pr Bernard Combe (CHU de Montpellier).

Quels nouveaux médicaments sont attendus dans la polyarthrite rhumatoïde ?

Pr Bernard Combe : Après les nombreuses avancées dont nous avons bénéficié ces dernières années, je ne pense pas qu'il y aura de grands changements en 2015. Le seul nouveau médicament qui sera probablement commercialisé est le tocilizumab par voie sous-cutanée, qui viendra s'ajouter à la forme intraveineuse hospitalière, ce qui rendra la prescription plus facile. Le tofacitinib, inhibiteur

de JAK, arrivera peut-être en 2016. C'est une molécule chimique, donc non biologique, intéressante mais qui n'apportera pas de vraie révolution. Elle est déjà commercialisée dans près de quarante pays, sauf en Europe, car l'Agence européenne du médicament a refusé d'accorder en 2013 l'autorisation de mise sur le marché. Ce médicament a l'intérêt de se donner par voie orale. Son efficacité est au moins aussi bonne que celle des anti-TNF. Un point intéressant est qu'il est actif en monothérapie, alors que les biothérapies doivent être administrées en association avec le méthotrexate. C'est important car 30% environ des patients ne peuvent pas recevoir de méthotrexate. D'autres molécules de la même famille arriveront plus tard.

De nouvelles recommandations seront-elles publiées ?

Oui, début 2015 seront présentées les nouvelles recommandations Treat to target, qui sont l'actualisation des recommandations internationales de 2010. La stratégie thérapeutique est aussi importante que les médicaments eux-mêmes. La philosophie de cette stratégie, "Traiter pour atteindre l'objectif", est de faire le maximum pour amener le patient à la rémission ou, au moins, à la faible activité. Pour cela, il faut les voir tous les un à trois mois en période d'activité pour adapter la stratégie thérapeutique et, après trois à six mois changer de médicament, si l'objectif défini n'est pas atteint. Même quand on utilise des médicaments conventionnels, cette stratégie permet d'avoir des résultats bien meilleurs. Cela a un effet également sur les comorbidités et sur la mortalité. Une étude hollandaise qui vient d'être présentée au Congrès américain de rhumatologie montre que la mortalité à dix ans des patients traités avec cette stratégie est identique à celle de la population générale, alors que, classiquement, la polyarthrite rhumatoïde augmente de 40 à 50% la mortalité à dix ans. Il faut diffuser ces informations auprès des praticiens. Nous avons présenté au Congrès français de rhumatologie (SFR, 7-9 décembre 2014) une étude sur les pratiques des rhumatologues, qui montre qu'en France moins de la moitié des patients sont traités selon ces recommandations. Des données montrent également que chez les patients en rémission depuis six mois ou un an il est possible de maintenir la rémission avec des posologies réduites de biothérapies. Dans 10 à 20% des cas, on arrive ainsi à arrêter progressivement le traitement. Mais l'arrêt brutal est un échec.

Quelles sont les nouveautés dans le rhumatisme psoriasique ?

Jusque-là, nous ne disposons dans le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite que des anti-TNF, qui sont très efficaces. D'autres

cibles thérapeutiques ont été identifiées, et l'anti-IL-23, ustékinumab, déjà commercialisé pour le psoriasis, vient d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché dans le rhumatisme psoriasique. Ce médicament, très actif sur les lésions dermatologiques, semble moins efficace que les anti-TNF sur le rhumatisme. Pour moi, ils auraient une indication notamment pour les patients ayant une atteinte articulaire peu importante avec des problèmes dermatologiques prédominants, après échec des anti-TNF. Les anti-IL-17 paraissent plus intéressants. Trois sont en phase III de développement. Les résultats du sécukinumab viennent d'être présentés. Il a une efficacité excellente, au moins du même ordre que celle des anti-TNF, à la fois sur les atteintes articulaires et cutanées du psoriasis et dans la spondylarthrite. Mais il ne sera probablement pas disponible avant 2016 ou 2017.

Quelles sont les avancées à espérer dans l'arthrose et l'ostéoporose ?

Pour l'arthrose, en dépit des énormes progrès réalisés dans la connaissance physiopathologique de la maladie, nous sommes toujours aussi démunis sur le plan thérapeutique. La seule nouveauté ce sont les anti-NGF, qui ont un effet antalgique puissant et sont en phase III dans la coxarthrose et la gonarthrose. Ces médicaments pourraient être intéressants également dans les lombalgies. Mais il ne semble pas qu'ils puissent influencer le cours de la maladie. Pour l'ostéoporose, nous n'avons à notre disposition que les biphosphonates, qui sont les médicaments de référence. La commercialisation du dénosumab (Prolia, Amgen), anticorps anti-Rank-ligand, offre une alternative pour les personnes qui ne répondent pas ou ne tolèrent pas les biphosphonates. C'est un progrès. D'autres produits originaux, des anticathepsines et un antisclérotine, sont en phase de développement avancé et pourraient enrichir notre arsenal thérapeutique dans les prochaines années.

Egora.fr

Retour à [SANTÉ](#)

La CSMF refuse la présence de la FHP dans des discussions sur les honoraires médicaux

PARIS, 30 décembre 2014 (APM) - La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a prévenu qu'elle ne laissera pas la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ou les directeurs de cliniques s'immiscer dans des discussions sur "la définition et la fixation des tarifs médicaux", mardi dans un communiqué.

Après Le Bloc, le Syndicat des médecins libéraux (SML), l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (Umespe)-CSMF et l'Union française pour une médecine libre (UFML), la CSMF a réagi à l'annonce faite le matin par la FHP concernant la levée de son préavis de grève, fixé au lundi 5 janvier 2015, en raison des avancées obtenues auprès du ministère sur le projet de loi de santé (cf APM SAN4NHE6E0 et APM SAN9NHECC5).

Dans son communiqué, la CSMF s'étonne plus particulièrement de "l'annonce unilatérale par la FHP de la création d'un groupe de concertation sur l'accessibilité financière des établissements privés où la participation des syndicats médicaux représentatifs apparaît comme accessoire".

La FHP "renoue avec ses pratiques du passé et, comme pour la loi Bachelot [loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, NDLR], complète dans le dos des médecins libéraux pour tenter de reprendre le contrôle de la pratique médicale en établissement", dénonce-t-elle.

La CSMF assure qu'elle "milite pour une meilleure accessibilité tarifaire" et qu'elle "souhaite qu'une voie de dialogue puisse s'ouvrir entre les syndicats médicaux représentatifs, le gouvernement et les caisses" à ce sujet. Mais elle "refuse à la FHP et aux directeurs d'établissements toute immixtion dans la définition et la fixation des tarifs médicaux, à quelque niveau que ce soit".

"Les tarifs médicaux relèvent exclusivement du champ conventionnel et ils doivent le demeurer", insiste le syndicat présidé par le Dr Jean-Paul Ortiz, tout en "exige[ant] l'ouverture au plus vite d'une négociation conventionnelle tarifaire".

Les médecins libéraux sont mobilisés depuis la semaine dernière contre certaines mesures prévues dans le projet de loi de santé et contre le manque de moyens alloués à la médecine générale, rappelle-t-on (cf APM NC7NHC27O et APM VG4NHCPBX).

san/gb/APM polsan

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

Intérêt médico-économique des programmes de réhabilitation rapide post-chirurgie en France

PARIS, 31 décembre 2014 (APM) - Les programmes de réhabilitation rapide après chirurgie semblent être bénéfiques à la fois en termes cliniques pour les patients et économiques pour les hôpitaux, suggère une étude française de simulation médico-économique à paraître dans la Presse médicale.

La réhabilitation rapide après chirurgie (RAC ou RRAC ou ERAS en anglais pour "enhanced rehabilitation after surgery", ou "fast track surgery", "accelerate recovery programs") consiste à organiser une prise en charge globale et multidisciplinaire autour du patient en péri-opératoire dans l'objectif d'une récupération rapide et en conséquence d'une baisse de la morbi-mortalité et d'une réduction de la durée d'hospitalisation, rappellent Véronique Faujour des Hospices civils de Lyon (HCL) et ses collègues.

Ces programmes, particulièrement développés en chirurgie digestive, ont montré leur intérêt médico-économique mais aucune étude n'a évalué les enjeux économiques de cette approche en France.

Les chercheurs ont mené une étude de simulation médico-économique au sein de cinq services de chirurgie digestive, orthopédique et urologique des HCL dans le cadre de la mise en place de protocoles de réhabilitation améliorée.

Pour cela, ils ont utilisé les bases de données médicales pour la chirurgie colorectale, pancréatique et hépatique, la chirurgie de la hanche, du genou ou de la coiffe des rotateurs, ainsi que la chirurgie de la vessie. La catégorie des groupes homogènes de séjour

(GHS), leur niveau de sévérité et leur niveau de rémunération ont été identifiés puis un tri par durée de séjour a été effectué. Les séjours ont fait l'objet d'une valorisation en journées lits économisées, dans l'hypothèse d'une politique globale de mise en place de protocoles de réhabilitation rapide (entre deux et quatre jours, selon les interventions).

La valeur de la journée d'hospitalisation était calculée en faisant la distinction entre les coûts fixes liés à la possession d'une chambre, les coûts fixes de personnel et ceux variables, issus des outils de la comptabilité analytique du CHU. Une distinction a été faite entre les charges variables qui fluctuaient avec l'activité et les charges fixes qui étaient indépendantes.

Les coûts de mise en oeuvre du projet, de l'hospitalisation (périodes pré-, per- et postopératoires) et de soutien du niveau d'exigence sur la durée ont été pris en compte.

Selon les résultats, il apparaît que le gain estimé représentait, pour l'ensemble des sept groupes d'actes et de séjours sélectionnés au sein des cinq services pilotes, entre 2.340 et à 3.200 journées lits sur une année complète, soit l'équivalent d'un peu plus de six à huit lits, occupés 365 jours sur 365.

Les coûts fixes et variables n'avaient pas la même valeur selon les disciplines. Les chercheurs ont retenu un "forfait gain à la journée" d'une valeur standard de 180 euros (estimation a minima) et calculé qu'entre les dépenses de mise en oeuvre et les gains en journées, le solde était de 202.000 euros pour une année pleine en début de déploiement.

"Le gain potentiel ne peut être celui-là puisque la montée en charge s'étale sur deux à trois années. Ce n'est qu'en cas de succès à grande échelle et gros volume, qu'on pourrait s'attendre en année pleine, à un retour sur investissement de 288.000 euros [correspondant] au surcoût pérenne (dépense de personnel de coordination) moins le gain sur les journées", commentent les auteurs.

Ils estiment que malgré les biais méthodologiques de cette étude, les protocoles de RRAC offrent "un modèle d'avenir", suggérant

des pistes pour trouver de meilleures marges de rentabilité économique et minorer les coûts d'initialisation des programmes.

"L'installation de tels protocoles est possible mais des barrières doivent être surmontées: celles relatives à la gestion financière et l'investissement initial pour introduire ces pratiques cliniques et les règles d'organisation de l'hôpital; celles relatives au personnel qui doit intégrer ce savoir-faire et modifier ses pratiques en matière de préparation du patient à son parcours de soins (amont et aval) et celles relatives au patient lui-même", soulignent les auteurs.

"Cette approche présente une moindre morbidité et un meilleur confort pour le patient, un travail d'équipe motivant pour les soignants, et un moindre coût pour la société. Il nous reste à développer les manières de soutenir cette innovation d'organisation à l'hôpital."

La Haute autorité de santé (HAS) prépare un rapport d'orientation sur les programmes RAC afin d'aider les professionnels à la mise en place de protocoles et à leur évaluation. Selon la note de cadrage publiée en septembre, ce document doit être diffusé au deuxième trimestre 2015, note-t-on.

Dans cette note de cadrage, la HAS relève que plusieurs offres en réhabilitation rapide ont été identifiées, en particulier au sein d'établissements des HCL (Edouard Herriot et Croix-Rousse), de l'hôpital Saint-Joseph/Saint-Luc à Lyon, du CHU de Clermont-Ferrand (qui participe à cette étude de modélisation médico-économique) et cinq cliniques du groupe Capiro (Paulmy à Bayonne, Sainte-Odile à Haguenau, Claude Bernard à Erment, Provence à Orange et la Sauvegarde à Lyon, cf APM SNQIA001), et qu'un groupe européen francophone (France, Belgique, Suisse) dénommé Grace a été créé en janvier dans l'objectif de développer un cahier des charges et labelliser une vingtaine de centres experts.

(Presse médicale, édition en ligne du 22 décembre)

Id/san/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

Lancement d'un "chèque santé" permettant de payer des prestations non remboursables par l'assurance maladie

MONTPELLIER, 2 janvier 2015 (APM) - La société Care Labs lance vendredi un système de "chèque santé" permettant à un employeur de créditer un compte individuel à un salarié, qui peut l'utiliser pour payer des prestations de santé non remboursables par l'assurance maladie ou sa complémentaire.

Dans plusieurs communiqués récents, la société a présenté le dispositif, baptisé Chèque Santé, avant qu'il soit effectivement disponible. Elle le présente comme "le premier titre prépayé dématérialisé de prestations santé" en France. Il peut être utilisé via une carte à code (sur le même principe qu'un "chèque cadeau"), à l'aide d'un compte personnel sur internet ou d'une application pour smartphone.

Le crédit peut être mis à disposition par "des entreprises, des comités d'entreprise, des collectivités, des mutuelles, des associations" ou encore "des services sociaux".

Une centaine de ces organismes se sont pré-inscrits pour proposer le service aux bénéficiaires, qui peuvent l'utiliser auprès d'environ 10.000 professionnels partenaires, a indiqué à l'APM Care Labs, basée à Montpellier.

Sont éligibles au dispositif "les professionnels de santé, praticiens, thérapeutes inscrits au répertoire Adeli", titulaires d'un diplôme reconnu par l'Etat ou les associations sport-santé labellisées par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion

sociale (DRJSCS). Une fois inscrits, ils peuvent accepter les règlements par Chèque Santé.

"Il est interdit pour le praticien d'encaisser avec Chèque Santé des prestations prises en charge par la sécurité sociale ou la mutuelle de votre patient", précise Care Labs sur son site internet, dans sa rubrique destinée aux professionnels. Le dispositif permet uniquement de régler "les consultations, produits et prestations non pris en charge, [notamment] les dépassements d'honoraires".

Du point de vue du professionnel, "aucun équipement spécifique n'est nécessaire pour l'utilisation de Chèque Santé". Il "nécessite uniquement une connexion internet" afin que ce professionnel enregistre les appels de fonds sur son "espace personnel". En revanche, 3% de "participation aux frais de traitement bancaire seront prélevés sur la part [des] honoraires encaissés en Chèque Santé", précise le site.

Du côté de l'employeur, le versement d'un crédit de Chèque Santé "est exonéré de charges si le montant offert ne dépasse pas le seuil de 5% du plafond mensuel de la sécurité sociale, fixé pour l'année 2014 à 156 euros par événement". L'employeur doit par ailleurs verser des frais de gestion "proportionnels aux volumes d'achats globaux", qui font "l'objet d'une proposition commerciale individuelle".

La durée de validité, pour le bénéficiaire, est de 13 mois à partir de la date d'affectation de la somme sur son compte. Ce crédit est "soit cofinancé entre l'entreprise et son collaborateur selon la clé de répartition de son choix, soit financé intégralement par elle-même".

nc/gb/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

Légion d'honneur: les promus du 1er janvier dans le domaine de la santé

PARIS, 2 janvier 2015 (APM) - De nombreuses personnalités du domaine de la santé figurent dans la promotion du 1er janvier de la Légion d'honneur, selon plusieurs décrets publiés au Journal officiel de jeudi.

Jacques Chassigneux, médecin interniste à Paris, Simon Schraub, professeur de médecine émérite (université de Strasbourg), ancien directeur du centre de lutte contre le cancer (CLCC) Paul-Strauss de Strasbourg, Roger Guillemin, prix Nobel de médecine et professeur émérite en neuroendocrinologie, et Christian Babusiaux, président de chambre à la Cour des comptes et président de l'Institut des données de santé (IDS), sont élevés au grade de commandeur.

Pierre Bergé, président d'une association de lutte contre le sida (Sidaction), et Alain Mérieux, docteur en pharmacie, président de fondations et de l'Institut Mérieux, sont élevés à la dignité de grand officier.

Sont élevés au grade d'officier: Frédéric Van Roekeghem, ancien directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Danièle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion (CNG), Josy Reiffers, président d'Unicancer et directeur de l'Institut Bergonié à Bordeaux, Patrick Fortuit, vice-président du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop), Ghislaine Alajouanine, présidente du Haut conseil de la télésanté, Emmanuelle Piet, médecin de protection maternelle et infantile, présidente d'une association de lutte contre les violences faites aux femmes, Christian Poncelet, ancien président du Sénat, Georges-Christian Chazot, président de la Fondation hôpital Saint-Joseph (Paris), Boris Cyrulnik, médecin et éthologue, Christian Hervé, professeur des universités (PU), président de la Société française et francophone d'éthique médicale, Jacqueline Postel-Vinay, ancienne médecin-chef de la maison d'arrêt de Fresnes (Val-de-Marne), Jean Glückler, ancien praticien hospitalier (PH), président départemental d'une association de lutte contre le cancer, Didier Wolf, consultant dans le domaine

pharmaceutique, Monique Capron, PU-PH à l'université Lille 2, Thomas Tursz, ancien directeur de l'institut Gustave-Roussy (Villejuif, Val-de-Marne), professeur des universités émérite à l'université Paris Sud, et Arthur Haustant, ancien directeur d'hôpital (Martinique).

Sont nommés au grade de chevalier:

GRANDE CHANCELLERIE

- Sophie Carpentier, chargée de recherche au laboratoire de recherches biochirurgicales de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP, Paris, AP-HP)- Isabelle Fromantin, infirmière à l'Institut Curie (Paris)- Patrick Le Goarin, médecin d'internat à la maison d'éducation de la Légion d'honneur de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)- Gervaise Loirand, directrice de recherche à l'Inserm- Laurence Legeai-Mallet, directrice de recherche à l'Inserm- Martine Motsch, docteur oto-rhino-laryngologiste (ORL)

PREMIER MINISTRE

- Yvon Breton, directeur général délégué et secrétaire général du groupe de protection sociale AG2R La Mondiale- François Duret, ancien professeur en chirurgie dentaire- Brigitte Fontaine, directrice d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à Cuvry (Moselle)- Michelle Fray-Roquejoffre, présidente départementale de France Alzheimer en Haute-Vienne- Simone Gilgenkrantz, professeure émérite de génétique, ancienne chef de service au CHU de Nancy- Dominique Godard, présidente de l'Association des sclérodermiques de France- Danièle Hoffman-Rispal, ancienne députée (PS) de Paris, spécialiste des questions de dépendance- Elisabeth Ollagnon-Roman, neurogénéticienne aux Hospices civils de Lyon (HCL)- Michel Roussey, professeur des universités émérite en pédiatrie, membre du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DE FEMMES

- Jean-Claude Artus, professeur des universités émérite, ancien chef de service de médecine nucléaire à l'Institut régional du cancer

de Montpellier- Patrice Barberousse, directeur général du CHU de Besançon- Gérard Boudouresques, neurologue à Marseille- Gèneviève Delqué, présidente-fondatrice d'une association pour adultes handicapés- Hélène Eltchaninoff, PU-PH, chef du service de cardiologie au CHU de Rouen- Patrick Errard, directeur général d'Astellas France, président du Leem (Les entreprises du médicament)- Françoise Fromageau, médecin gériatre, secrétaire nationale de la Croix-Rouge française- Pierre Hélias, ancien PH et ancien chef du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier (CH) de Montbéliard (Doubs)- Chantal Lachenaye-Llanas, directrice générale adjointe du CHU de Bordeaux- Guylaine Laroumagne, médecin coordonnatrice d'un centre de l'obésité, chef du service de médecine polyvalente et de long séjour à l'hôpital de Saint-Yrieix-la-Perche (Haute-Vienne)- Stéphane Mantion, directeur général de la Croix-Rouge française- Nicole Mosconi, professeure des universités émérite en science de l'éducation, vice-présidente du conseil national des universités- Jean Pelletier, PU-PH, chef des services de neurologie et des urgences neurovasculaires de l'hôpital de La Timone (Marseille, AP-HM)- Nicole Pruniaux, directrice par intérim du CH Paul-Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne)- Marie-Françoise Rolland-Cachera, enseignante-chercheuse honoraire en épidémiologie nutritionnelle- François de Singly, sociologue, PU

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

- Annick Barbaud, professeur de dermatologie au CHU de Nancy- Monique Boisfer, vice-présidente de l'Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (Adapei) à Cayenne- Marie-Laurence Borie, conseillère au sein de l'incubateur d'entreprises du campus Paris-Saclay- Colette Delmas, médecin de santé publique- Marc Fontacave, spécialiste de chimie appliquée aux processus biologiques au Collège de France- Claire Giry, directrice du centre du Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA) à Fontenay-aux-Roses (Hauts-de-Seine)- Françoise Grolleau, professeur en neurosciences à l'université d'Angers- Ourkia Helal, chef du service Frédéric-Joliot du CEA/CH d'Orsay- Jean-Christophe Pagès, chef de service de biochimie et biologie du CHU de Tours- Bernard Paramelle, président du Syndicat national des associations d'assistance à domicile (Snadom)- Françoise Thivolet-Béjui, chef de service de pathologie au CHU Lyon-Est

MINISTERE DE L'INTERIEUR

- Jean Benet, adjoint au directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises au ministère
- Alain Dubost, ancien médecin-chef d'un service départemental d'incendie et de secours (Sdis), lieutenant-colonel de sapeurs-pompiers professionnels
- Paul-Eric Gardères, colonel de sapeurs-pompiers volontaires, médecin-chef d'un Sdis

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET DU DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

- Lucie Pérardel, infirmière de Médecins sans frontière (MSF) guérie du virus Ebola en novembre 2014- Alexander Eggermont, directeur général de l'institut Gustave-Roussy- Etienne Barrault, directeur d'un laboratoire dentaire, consul honoraire de France, conseiller à l'Assemblée des Français de l'étranger (Suisse)- Isabelle Billet, directrice d'IBHC Advisors, un cabinet de conseil pour l'industrie pharmaceutique (Etats-Unis)- Michel-Yves Mourou, président du Conseil de la couronne à Monaco et directeur du Centre d'imagerie médicale de Monaco- Stéphanie Rivoal, présidente de l'association Action contre la faim

MINISTERE DE LA JUSTICE

- Sophie Martin-Dupont, responsable de l'unité de consultation et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Limoges

MINISTERE DU LOGEMENT, DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITE

- Patrick Poupet, président de l'Adapei de l'Indre

MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

- Dominique Bertinotti, ancienne ministre déléguée en charge de la famille

(Journal officiel, jeudi 1er janvier, textes 4, 5, 6, 7, 8 et 9)

san/fb/nc/gb/APM polsan

Retour à [POLITIQUE](#)

Exclusif : la majorité des professionnels ignorent les démarches à suivre sur l'accessibilité de leur lieu d'exercice !



Paris, le lundi 29 décembre 2014 – Un sondage réalisé dans nos colonnes au mois de mars mettait en évidence le faible pourcentage de cabinets médicaux accessibles aux personnes handicapées. A cette date, seuls 31 % de nos lecteurs avaient en effet affirmé que leurs locaux professionnels seraient totalement accessibles avant le 1er janvier 2015, tandis que 18 % assuraient pouvoir offrir une accessibilité partielle et que 48 % admettaient qu'il n'en serait absolument rien. Tant ces résultats que l'ensemble des enquêtes et inspections menées par les instances publiques ont confirmé que la France n'était pas prête à répondre à l'échéance prévue par la loi de février 2004, qui prévoyait que l'ensemble des établissements recevant du public, sans exception (et donc y compris les cabinets médicaux et les pharmacies) puissent recevoir n'importe quelle personne handicapée, quel que soit le handicap.

Un objectif un peu transformé

Une ordonnance et des décrets d'application ont donc été publiés afin d'offrir des délais supplémentaires à tous et éviter que les amendes, devant initialement atteindre entre 45 000 et 200 000 euros (en cas de « récidive ») ne pleuvent sur les commerçants,

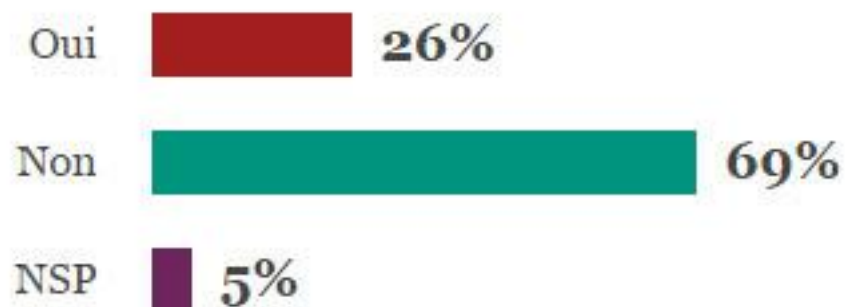
médecins, infirmières et autres pharmaciens. Cependant, pour ne pas laisser croire que l'accessibilité ne serait plus considérée comme une priorité, officiellement l'objectif 2015 n'a pas été abandonné, si ce n'est que plutôt que présenter un établissement parfaitement conforme aux prescriptions de la loi, il est nécessaire avant le 1er janvier 2015 de s'être engagé à le rendre accessible à travers un « *agenda programmé d'accessibilité* » (Ad'AP).

Une communication inaccessible

Tant cette subtilité (qui n'a nullement réussi à apaiser la colère des associations de défense des personnes handicapées) que les démarches et délais à respecter n'ont guère fait l'objet d'une communication adaptée et accessible à tous ! Si bien que les premiers intéressés, c'est-à-dire les responsables des établissements recevant du public (à l'exception on l'espère mais rien n'est moins sûr des institutions publiques) ignorent quasiment tout de ce que l'administration attend d'eux aujourd'hui.

Un sondage réalisé du 5 au 22 décembre auprès de nos lecteurs révèle en effet que 69 % des professionnels de santé ne connaissent ni les démarches, ni les délais à respecter concernant l'accessibilité de leur lieu d'exercice. Ils ne sont que 26 % à se déclarer bien informés de la procédure à suivre, tandis que 5 %, incertains, préfèrent ne pas se prononcer.

Connaissez-vous les démarches et les délais à respecter concernant l'accessibilité de votre lieu d'exercice ?



i NOMBRE TOTAL DE VOTES : 446

Sondage réalisé sur notre site du 5 au 22 décembre

Comment faire date ?

Suffirait-il à ces 69 % de professionnels de santé de se rendre sur le site mis en place par le gouvernement sur le sujet pour combler leurs lacunes ? Rien n'est moins sûr car cette boîte à outils est une succession d'informations (parfois contradictoires) et de renvois à des textes de lois, si bien que le risque de confusion n'est pas loin. A commencer par la question de la date. On peut lire en effet que tous les établissements recevant du public non conformes au code de la construction et de l'habitation ont « *obligation d'élaborer un Ad'AP (...) au 31 décembre 2014* ». Est-ce à dire que tous ceux (et ils sont probablement très nombreux) qui n'auraient pas fait connaître ce fameux « agenda » aux autorités dans les deux jours seraient en « infraction » ? Sans doute pas, puisque la ligne suivante précise que la « *date limite de dépôt de l'Ad'AP* » est le 27 septembre 2015. Bref, il convient seulement de ne pas confondre élaborer et présenter.

Qui ne dit mot, consent

Si une telle ambiguïté peut exister sur la date et si sur ce sujet, le site officiel renvoie à pas moins de cinq articles du code de la construction et de l'habitation, on suppose que sur la question du contenu de l'agenda, les tergiversations sont bien plus fournies encore. De fait, l'énumération laisse rêveur, mais on pourra cependant retenir ce bref résumé lisible dans la section « *questions fréquentes* » : un dossier « Ad'AP » doit contenir « *le descriptif du bâtiment, la demande d'autorisation de travaux avec les éventuelles demandes de dérogation, le phasage des travaux sur chacune des années, les moyens financiers mobilisés* ». Pour chacun de ces items, les complications peuvent, on s'en doute, être multiples, notamment en ce qui concerne le volet « *dérogation* ».

Schématiquement, on rappellera qu'il est possible de bénéficier de différentes dérogations en mettant en avant l'impossibilité technique, le classement au patrimoine, la disproportion manifeste entre le coût des travaux et les bénéfices, le refus de la copropriété de réaliser les travaux, tandis qu'enfin les professionnels de santé qui indiqueront prendre leur retraite dans les douze mois ne seront pas contraints de réaliser les aménagements nécessaires. Les demandes de dérogation doivent, en théorie, être adressées avant le 31 décembre 2014.

Signalons encore que pour les professionnels de santé, l'Ad'AP doit être déposé à la mairie tandis que la demande de dérogation doit être adressée au Préfet.

C'est dans un délai de quatre mois que l'approbation de l'Ad'AP devra être donnée (après examen par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, CCDSA), tandis que l'absence de décision vaudra approbation. Les mêmes délais et modalités d'approbation devraient être appliqués pour les demandes de dérogation...

A vos anti-migraineux !

Aurélie Haroche

Copyright © <http://www.jim.fr>

Retour à [DIVERS](#)

Dans la presse

Dans la presse lundi

PARIS, 29 décembre 2014 (APM) -

POLITIQUE DE SANTE

- SOS Médecins rejoint le mouvement de grève des médecins libéraux (Le Figaro, p13; Les Echos, p2; Le Parisien, brève p9); à Roubaix (Nord), SOS Médecins s'estime "poussé à bout" (Le Monde, p7); les médecins en grève maintiennent la pression (La Croix, p9, L'Opinion, p5; L'Humanité, p7); ils s'orienteraient vers une grève de la télétransmission (Le Parisien, brève p9)
- Impôts, formation... ce qui change en 2015 (Le Monde, p6); le pacte de responsabilité va enfin entrer en vigueur (Les Echos, Une et p2)
- Accouchement dans la douleur du compte pénibilité (Le Monde, p8)
- Il faut réformer le principe de précaution (Les Echos, idées et débats, p6)

ETABLISSEMENTS/SOINS DE VILLE

- Les hôpitaux universitaires français bientôt à la conquête du monde (Le Figaro, p15)

ENTREPRISES

- Succès de l'endoscope jetable d'Axess Vision (Les Echos, p15)

- Bazile Telecom propose des services d'assistance médicale et d'aide à l'achat en ligne (Le Figaro, p16)
- Les banques s'activent dans la santé collective (Les Echos, p17)

SANTE/MEDECINE

- Hong Kong a relevé son niveau d'alerte à la grippe aviaire après l'hospitalisation d'une femme dans un état critique (Le Parisien, brève p11)
- Santé: auscultation d'une année contrastée (Le Figaro, p7); 2014: une année extraordinaire en termes d'exploits médicaux (Le Parisien, p2-3)
- Le paludisme, un danger encore bien réel (Financial Times, p5)

RECHERCHE

- "Un immense espoir pour les malades du cancer". Interview de Patrizia Paterlini-Bréchet, inventrice de la machine Iset, capable de détecter les tumeurs à un stade précoce (Le Parisien, p2)
- Les cardiopathies congénitales menacent toujours à l'âge adulte. La Fédération française de cardiologie (FFC) lance un appel aux dons pour financer la recherche et l'accompagnement des malades (La Croix, p9)
- 2014: année robotique au service de la nanomédecine (L'Opinion, p5)

ADDICTION

- En Hongrie, une proposition de loi veut soumettre les jeunes de 12 à 18 ans à un test annuel antistupéfiants (Le Monde, p4)

ET AUSSI...

- Un an après son accident, Michael Schumacher commence "à reconnaître les siens" (Libération, p17)

- La santé avant l'argent et l'amour pour les vœux de bonne année (L'Humanité, brève p2)

Dans la presse mardi

PARIS, 30 décembre 2014 (APM) -

POLITIQUE DE SANTE

-Marisol Touraine lâche du lest pour éviter la grève des cliniques (Les Echos, p3)

- SOS Médecins appelle à la grève, l'association dénonce une saturation des services du 15 et un projet de loi "hospitalo-centré" (L'Humanité, p8); à Tours, la fièvre monte chez SOS Médecins qui dénonce une attaque contre la médecine libérale (Libération, p12); pour l'économiste Frédéric Bizard, les médecins et cliniciens ont raison de se mobiliser contre une réforme qui met en péril le système de santé (Le Figaro, p13); le Syndicat des médecins libéraux (SML) appelle les généralistes et les spécialistes à fermer leurs cabinets les lundi 5 et mardi 6 janvier (Le Figaro Economie, brève p19); les médecins mettent la pression, l'hôpital est sous tension (Le Parisien, p8); les médecins se préparent à une guerre longue (Les Echos, p3)

- Le secrétaire d'Etat à la réforme de l'Etat et à la simplification, Thierry Mandon, "espère une grande réforme de l'Etat en 2015".

Alors que le gouvernement s'y refuse, il pense qu'il faut "regarder" les préconisations du rapport des inspections générales des affaires sociales (Igas) et des finances (IGF) sur les coûts de gestion de l'assurance maladie (Le Monde, p13)

- Prison: un arrêté publié au Journal officiel de dimanche rend obligatoire une vidéosurveillance des cellules de protection d'urgence où sont placées les personnes qui risquent de se suicider ou de se mutiler (Le Monde, p8)

- En France, les progrès de la chirurgie fœtale soulèvent de nouvelles questions, le Pr Jouannic ne veut pas que les couples s'interdisent le recours à l'interruption médicale de grossesse (L'Opinion, p7)

- Le Luxembourg facilite l'accès à l'avortement, la loi de dépénalisation est entrée en vigueur le 22 décembre (La Croix, p5)

- Walmart, premier employeur américain, supprime la couverture santé pour ses salariés à temps partiel. Le distributeur présente la mesure comme une conséquence de la réforme santé de Barack Obama (Le Monde, p11)

ETABLISSEMENTS / SOINS DE VILLE

- Ces histoires qui ont marqué l'année 2014. Parmi elles, la mort inexplicable de Zacharie Coulibaly, 10 ans, à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) (Le Parisien, pIV)

ENTREPRISES

- Sida: Gilead teste avec J&J une trithérapie (Les Echos, brève p13)

- Les Etats-Unis autorisent un test de dépistage d'Ebola rapide, le laboratoire Roche a obtenu l'accord de l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA) (La Croix, brève p11)

- Le grand retour des fusions-acquisitions, avec de nombreuses opérations réalisées dans l'industrie pharmaceutique. Avec 3.340 milliards de dollars, les rachats d'entreprises annoncés en 2014 reviennent à leur niveau d'avant-crise (Le Monde, p10)
- Ce qui s'est passé en 2014. Parmi les dates clés: la mort de Jacques Servier, Novartis annonce l'acquisition de la division oncologie de GSK pour 16 milliards de dollars, Bayer décide de mettre en bourse son pôle chimie pour se recentrer sur la chimie et l'agrochimie, Sanofi évince son directeur général Christopher Viehbacher, son président Serge Weinberg assure l'intérim (Les Echos, p12)

SANTE/MEDECINE

- Un cas d'Ebola diagnostiqué en Ecosse (Le Parisien, brève p10; Les Echos, brève p10; The Wall Street Journal, brève p2)
- Insomnies: prenez garde aux liseuses, ces appareils électroniques peuvent dérégler durablement l'horloge interne (Le Figaro, p9)

RECHERCHE

- Des chercheurs de l'université de Cambridge parviennent à créer du sperme et des ovules artificiels à partir de cellules de la peau (L'Humanité, brève p2)
- Les cellules "Stap" n'ont probablement jamais existé, la biologiste japonaise Haruko Obokata a probablement confondu ces cellules-souches avec des cellules embryonnaires (La Croix, p7)

ET AUSSI...

- L'ancienne ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, Michèle Delaunay, envisage de "rendre son patrimoine à la République" (Libération, p32)

- Accouchement rocambolesque à Poitiers (Le Parisien, brève p10)
- Cinq conseils pour garder la forme au réveillon (Le Parisien, p10)

LE CANARD ENCHAINE

- Des ratés dans les décrets. Le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, mauvais élève, a publié en moyenne seulement 50% des décrets d'application six mois après la publication de leur loi de référence, p2- Le travail, c'est (pas toujours) la santé. Un livre de la sociologue Annie Thébaud-Mony, "La science asservie", relate des affaires dans lesquelles des salariés ont été exposés à des risques sanitaires sans le savoir, p4- Le coin des piqueurs. Le Canard enchaîné rappelle qu'il a reproduit des extraits du rapport des faux salariés infiltrés chez Orpea dès le 3 décembre, avant Le Parisien qui a abordé l'affaire dans son édition du 26 décembre sans citer l'hebdomadaire satirique, p4

Dans la presse mercredi

PARIS, 31 décembre 2014 (APM) -

POLITIQUE DE SANTE

- Les cliniques lèvent leur préavis de grève. "Nous avons noué un dialogue constructif avec la ministre", a déclaré le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Lamine Gharbi (Les Echos, p3; Le Parisien, brève p10; La Croix, brève p11); les cliniques

renoncent à leur grève, les médecins libéraux durcissent le mouvement (Le Figaro, p17; L'Humanité, brève p9); Marisol Touraine tente d'isoler les médecins libéraux. Après avoir dégonflé le mouvement des urgentistes, elle a convaincu les cliniques de renoncer à la grève (L'Opinion, p5); les cliniques lâchent les médecins grévistes (Libération, pVIII)

- Ce qui change en 2015. Dans le domaine de la santé, le nouveau cahier des charges des contrats responsables des complémentaires entrera en vigueur en avril, le niveau de remboursement des dépassements sera encadré pour les frais d'optique et les prothèses dentaires (Les Echos, brève p3); le tiers payant en médecine de ville doit être étendu aux bénéficiaires de l'ACS au 1er juillet 2015 et généralisé à tous les assurés en 2017; une hausse des tarifs des complémentaires est à prévoir (Le Parisien, brève p9)

- Pourquoi les professionnels de santé ne veulent pas du tiers payant obligatoire (L'Opinion, p5)

- Le prix du paracétamol en chute libre (Le Parisien, p10)

- Le chèque-santé, fonctionnant sur le principe du chèque-cadeau, sera disponible vendredi (Le Figaro, brève p17)

- Le monde à la recherche de nouvelles stratégies pour contrer Ebola (The Wall Street Journal, p8)

ETABLISSEMENTS/SOINS DE VILLE

- Fin de vie: le Conseil d'Etat confirme la radiation de l'ordre du Dr Bonnemaïson, ancien urgentiste du CH de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques) (Les Echos, brève p10; Le Parisien, brève p13; La Croix, brève p11)

ENTREPRISES

- La laboratoire pharmaceutique danois Novo Nordisk obtient aux Etats-Unis l'autorisation de commercialiser son premier

traitement contre l'obésité baptisé Saxenda* (Les Echos, p15)

- La chaîne de pharmacies américaine Walgreens accepte la fusion avec Alliance Boots (Les Echos, brève p15)

- La biotech NVH Medicinal, qui développe des traitements à base de collagène, lance une campagne de financement participatif pour collecter 400.000 euros d'ici à fin janvier (Le Figaro, p19)

SANTE/MEDECINE

- L'Angleterre traite son premier patient atteint d'Ebola (The Wall Street Journal, p9)

- Découverte d'un troisième foyer de grippe aviaire en un mois au Japon (La Croix, brève p13)

- Quand les morts se réveillent. La "résurrection" de patients déclarés morts relève davantage de l'erreur de diagnostic que du miracle (Le Figaro, p9)

- L'hépatite C mieux soignée grâce à une nouvelle molécule, le sofosbuvir, qui a permis de soigner 90% des cas en 2014 (L'Humanité, brève p2)

ADDICTION

- Le cannabis peut-être bientôt légalisé à Genève (Le Parisien, brève p13)

ET AUSSI...

- Avez-vous le gène de la gueule de bois? L'hérédité serait pour partie responsable de la difficulté à se remettre d'une soirée arrosée (Le Figaro, p9)

LE MONDE

- Royaume-Uni: un cas d'Ebola à Glasgow, p4- Le Conseil constitutionnel valide le budget. Quelques dispositions mineures sont censurées, mais les hypothèses économiques sont jugées "sincères", p6- Pas d'indemnisation par la solidarité nationale pour certaines victimes d'accidents médicaux. Un article de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) vise la chirurgie esthétique, mais pourrait affecter les accidents de circoncision, voire l'interruption volontaire de grossesse (IVG), p6- Les médecins menacent de durcir la grève. Selon la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, le mouvement "n'entraîne pas de difficultés dans l'accès aux soins". L'UFC-Que choisir désapprouve la grève, Le Monde, p7- Pas de déflation pour les tarifs publics. La forte hausse des prix réglementés contraste avec la baisse constatée dans les biens de consommation, avec notamment un zoom sur les baisses de prix des paracétamols Doliprane* (Sanofi) et Efferalgan* (Upsa, groupe Bristol-Myers Squibb), p9- "Une réforme durable et équitable de l'assurance maladie est possible", tribune de Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po, codirecteur de l'Institut droit et santé de l'université Paris-Descartes, p12

LE POINT

- Au doigt et au neurone. L'usage fréquent d'un smartphone modifie le cerveau, brève p20- Fertilité: "couple donne embryons congelés", p53- "Une seule et même race humaine", interview du chercheur en biologie moléculaire Bertrand Jordan, p62-63- "Hollande et la mort", tribune de l'auteur de "Shoah", Claude Lanzmann, qui met en garde contre une nouvelle loi encadrant la fin de vie, p98-99

PARIS MATCH

- Le coeur de la France bat pour les enfants malades. Reportage sur une mission de Mécénat chirurgie cardiaque au Laos, p74-81-
- Lymphomes: efficacité d'un nouveau traitement avec un anticorps monoclonal, p96-
- Des effets de l'ibuprofène sur la longévité?, brève p96-
- La grippe pourrait atteindre son seuil épidémique cette semaine, brève p96

Dans la presse vendredi

PARIS, 2 janvier 2015 (APM) -

POLITIQUE DE SANTE

- Réformes : les six dossiers chauds de 2015, avec notamment le projet de loi de santé, le projet de loi pour la croissance et l'activité, la réforme territoriale et la réforme de l'Etat (Les Echos, p2-3)
- Les grands débuts du chèque santé, qui permet aux employeurs et comités d'entreprise d'offrir à leurs salariés un crédit annuel de 158 euros pour couvrir leurs frais de santé (Le Parisien, p8)
- Liste des acteurs du domaine de la santé qui ont reçu la Légion d'honneur (Le Figaro, brève p13); Lucie Pérardel, l'infirmière de l'association humanitaire Médecins sans frontières (MSF) qui avait contracté Ebola, reçoit la Légion d'honneur "à titre exceptionnel" (Les Echos, brève p10; Le Figaro, brève p12)
- Grève des généralistes: 20% à 30% de patients en plus dans les unités d'urgence à Paris. La permanence des soins assurée (Le

Parisien, p11)

- Le bisphénol A banni de France. Le perturbateur endocrinien est interdit dans tous les contenants alimentaires, une décision très politique (Le Parisien, p9)
- Le prix des médicaments à base de paracétamol va baisser (Les Echos, brève p12; La Croix, brève p10)
- Des pistes pour réussir la réforme territoriale (Les Echos, p9)
- Le virus Ebola va obliger à revoir la gouvernance mondiale sur la santé (Les Echos, brève p6)
- L'Australie interdit les cabines de bronzage (La Croix, p7)

ENTREPRISES

- Réveil attendu du CAC 40 en 2015. Quatre entreprises spécialisées dans la santé (Adocia, Genfit, DBV Technologies et Nanobiotix) en tête des meilleures performances du CAC 40 Mid & Small (Les Echos, p19)
- Lilly boucle l'acquisition de l'activité santé animale de Novartis (Les Echos, brève p12; The Wall Street Journal, brève p2)
- Une nouvelle ère prospère pour l'industrie pharmaceutique? (Financial Times, p5)

SANTE/MEDECINE

- On n'en a pas fini avec les scandales des coupe-faim. Mysimba* (naltrexone + bupropion, Oregixen), nouvel amaigrissant, inquiète les médecins alors que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) alerte sur le détournement

d'usage du baclofène. Mysimba*, la pilule minceur venue d'Amérique. Les médicaments antipurpoids déjà commercialisés. Médecin spécialiste à l'hôpital Bichat (Paris, AP-HP), Boris Hansel appelle à utiliser Mysimba* avec une extrême vigilance: "On ne connaît pas les effets à long terme" (Le Parisien, p2-3)

- L'épidémie d'Ebola est-elle née dans un arbre creux? (Le Figaro, p9)

- La gastro bientôt à son pic (L'Humanité, brève p11)

RECHERCHE

- Aux Etats-Unis, des chercheurs ont identifié un réseau entier de molécules qui contribueraient à l'autisme (L'Humanité, brève p3)

ADDICTION

- Pérou: la fièvre de l'ayahuasca. Cette potion hallucinogène qui séduit de plus en plus de touristes occidentaux peut se révéler dangereuse (Le Parisien, p 16)

- La lutte antidopage double la dose. Le nouveau code mondial prévoit de sanctionner deux fois plus durement les dopés, mais sa mise en œuvre tient à la bonne volonté des Etats (Libération, p19)

ET AUSSI...

- Simone Iff, combattante du droit à l'avortement et ex-directrice du Planning familial, est décédée à 90 ans (Le Figaro, p15; L'Humanité, p11; Libération, p14)

- Jeanne Siaud-Facchin, psychologue clinicienne: "Etre surdoué, c'est fonctionner autrement" (Le Figaro, p8)

- Claire Schwartz: rescapée des camps de concentration et médecin de la survie au sein du Samu social (La Croix, p24)

LE NOUVEAU MARIANNE

- Ebola contre le sida? Le gouvernement a annoncé la baisse de 25 millions d'euros de sa contribution annuelle à Unitaid, p8-
Médicaments coûteux: que les Etats fixent les règles! Lettre ouverte signée par une vingtaine de professionnels de santé, p41-
Quand le sport rend fou, p46-51- Drogues, les nouvelles portes de la perception... Diffusion mercredi sur Arte du documentaire
"Drogues et création, une histoire des paradis artificiels" de Jérôme de Missolz, p66- La tisane en ébullition, p72-74

LE PARISIEN MAGAZINE

- Spécial "2014 en photos" avec notamment "Le droit à l'IVG mobilise en Europe", p8, "Le dernier jour de Montebourg", p57, "Ebola frappe l'Afrique", p60.

Retour à [REVUE de PRESSE](#)