



## 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

« Mucoviscidose : vers un traitement qui s'attaque aux causes »

Le déclin cognitif ralenti par une saine alimentation

Les patients âgés ayant présenté une fracture de hanche doivent-ils être pris en charge dans un service de gériatrie ou d'orthopédie ?

Accès aux soins des personnes handicapées: mieux vaut vivre en institution que chez soi (Irdes)

OBÉSITÉ CENTRALE: Le bruit ambiant rend plus corpulent

### POLITIQUE

Départ de Jérôme Salomon, conseiller sécurité sanitaire de Marisol Touraine

Les marges de manoeuvre pour assurer le respect de l'Ondam 2015 sont faibles (comité d'alerte)

Les députés ouvrent la voie à la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles

## **RELATIONS AVEC LES TUTELLES**

Le comité d'alerte attentif au respect de l'ONDAM 2015

Projet de loi de santé: "Le Bloc" prépare une opération de "blocage sanitaire" pour l'automne

Quand les médecins non syndiqués se fâchent : Ca va secouer !

Guillaume Sarkozy (Malakoff-Médéric) et Thierry Beudet (MGEN) réclament de contractualiser avec les médecins

Tiers payant généralisé : les complémentaires santé planchent dès lundi sur une solution technique

Les jeunes MG, contre les dépassements d'honoraires et pour un secteur unique

## ÉCONOMIE

Pharmacie hospitalière: traiter l'ensemble des retours de médicaments non consommés n'est pas rentable

Progression de 3,2% des dépenses du régime général d'assurance maladie à fin avril

Personnes âgées et handicapés: la journée de solidarité a rapporté plus de 23 milliards d'euros en 10 ans

Le coût total d'une place d'Ehpad estimé à 37.043 euros par an par l'ATIH

Paiement à l'hôpital: 30 établissements retenus pour les expérimentations Simphonie

Remboursements en avril : le poids de la ROSP

Budget santé: la Cour des comptes pointe des reports de charges croissants sur l'assurance maladie

La Cour des comptes presse l'État de régler la facture AME à la Sécu

## **JURIDIQUE**

Perfusion dévissée, injection inadaptée : l'aide-soignante accusée de tentative d'homicide

Radiologies fictives : comment l'Institut Curie aurait fraudé la Sécu

Accusée de maltraitance, le procès de l'aide-soignante se retourne contre l'Ehpad

Accusé de double facturation d'examens d'imagerie, l'Institut Curie réplique

Condamné pour attouchements sur ses patients, le médecin exerce toujours

## **DIVERS**

Plus de 18.000 décès supplémentaires durant l'épidémie de grippe 2015 (InVS)



*des résultats salués par les experts médicaux », selon un article paru dans le New England Journal of Medicine.*

*Le Figaro explique ainsi que « l'impact [du médicament] a été évalué aux États-Unis et en Europe auprès de 1.122 patients, dont la moitié recevait le traitement pendant 6 mois, l'autre groupe ignorant qu'il n'avait qu'un placebo ».*

*« Les malades sous Orkambi ont vu leurs fonctions respiratoires s'améliorer dès 15 jours, avec une différence significative par rapport au groupe placebo. Ils ont aussi eu moins besoin d'être hospitalisés pour surinfections, et ont gagné du poids », relève le quotidien.*

*Le journal précise que « les gains associés aux traitements sont restés modestes (+ 3% de capacité respiratoire), remarque le Dr Pamela Davis, enseignante à l'université de médecine de Cleveland, dans l'éditorial accompagnant l'étude. Mais, rappelle-t-elle, c'est la première fois qu'une thérapie touche un aussi large nombre de malades ».*

*Le Figaro souligne ainsi que « la mucoviscidose compte quelque 1.900 variantes génétiques identifiées. Or l'Orkambi est le seul à s'adresser à la mutation la plus répandue, appelée Phe508del. Cela représenterait 42% des malades en France, et 8.500 personnes en Europe ».*

*Le journal remarque en outre que « l'Orkambi innove par rapport aux traitements disponibles, car il corrige une partie des anomalies cellulaires liées à la mucoviscidose, au lieu de soigner les symptômes. Son action empêche la dégradation d'une protéine, la CFTR, produite par le gène défectueux. Cela implique que le patient prenne le traitement en continu, car il n'y a pas à proprement parler de correction du gène, donc pas de guérison ».*

*« En revanche, l'Orkambi pourrait stopper la progression de la maladie, notamment s'il est pris tôt dans le développement de la maladie pulmonaire, estime le Pr Isabelle Durieu, responsable du centre de référence pour la mucoviscidose à Lyon », poursuit Le Figaro.*

*Le quotidien précise enfin que « les deux molécules de l'Orkambi sont produites par le laboratoire américain Vertex et l'une, l'ivacaftor, est sur le marché depuis 2012. [...] L'Agence américaine du médicament a validé il y a une dizaine de jours la première étape vers une autorisation. Le laboratoire a déposé un dossier auprès de l'équivalent européen fin novembre ; la réponse est attendue vers la fin 2015 ».*

*« Viendra ensuite l'heure de négocier le prix de vente, ces thérapies étant extrêmement coûteuses (l'ivacaftor est vendu 19.521 € les 56 comprimés) », conclut le journal.*

Mediscoop.net

Retour à [SANTÉ](#)

## **Pharmacie hospitalière: traiter l'ensemble des retours de médicaments non consommés n'est pas rentable**

(Par Sylvie LAPOSTOLLE au congrès Hopipharm)

REIMS, 26 mai 2015 (APM) - La gestion par la pharmacie des retours de médicaments non consommés à l'hôpital n'est rentable qu'à partir d'un certain prix unitaire, montre une étude présentée lors du congrès Hopipharm organisé à Reims de mercredi à vendredi par le Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé (Synprefh).

La gestion des retours de médicaments non consommés dans les unités de soins représente une problématique quotidienne pour les pharmacies à usage intérieur (PUI). Malgré des bénéfices financiers certains, cette gestion est consommatrice en ressources humaines -préparateurs en pharmacie hospitalière- et représente un coût qu'il convient d'optimiser, ont expliqué Aurélie Binet du CH de Briey (Meurthe-et-Moselle) et ses collègues du CHR de Metz-Thionville, lors d'une communication orale.

Ils ont cherché à établir le prix unitaire des médicaments en dessous duquel il n'est plus rentable économiquement de gérer ces retours. L'étude a été menée sur trois mois. L'équipe a déterminé le temps moyen de traitement par un préparateur de chaque ligne de retour de médicament. Ce temps comprend le tri des retours, la saisie manuscrite sur une fiche de traçabilité, la saisie informatique dans le logiciel et la remise en stock.

Plusieurs limites de prix ont été testées: 5, 10, 20, 30 et 40 centimes d'euros.

Le coût horaire moyen d'un préparateur est estimé à 20,31 euros, charges patronales comprises, selon la direction des ressources humaines de l'établissement. Le temps moyen de traitement était de 2,16 minutes par ligne de retour. La somme brute récupérée sur



trois mois était de 8.644 euros pour 2.227 lignes de retours traitées.

Le traitement de l'intégralité des retours a nécessité 80 heures de temps préparateur, soit 1.628 euros. Le gain réel total calculé était de 7.016 euros.

Les simulations à 5, 20, 30 et 40 centimes étaient associées respectivement à des gains totaux de 7.390 euros, 7.372 euros, 7.076 euros et 6.841 euros. L'option à 10 centimes permettait le gain total le plus élevé avec 7.620 euros.

Cette option permettrait de diminuer de 40% (32 heures) le temps préparateur sur la gestion des retours avec un gain financier de 9% (604 euros) par rapport à un traitement complet des retours.

"Traiter l'ensemble des retours n'est donc pas rentable. En dessous d'un prix unitaire de médicament de 10 centimes, il n'est plus économiquement avantageux de traiter les retours dans notre établissement. Désormais, les médicaments ayant un prix inférieur à 10 centimes ne seront plus traités par la PUI, ce qui permettra de redéployer les préparateurs sur d'autres activités et aussi de sécuriser le circuit du médicament", indique Aurélie Binet dans le résumé de sa communication.

sl/cb/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## **Le déclin cognitif ralenti par une saine alimentation**

Par  damien Mascret - Le 24/05/2015

Mots clés : Troubles cognitifs, alimentation, mémoire, diététique, vieillissement

Deux études observent qu'un régime équilibré, comme le régime méditerranéen, aide à résister aux effets du vieillissement.

Nous ne sommes pas tous égaux devant le déclin cognitif. Certaines personnes gardent un esprit vif et une mémoire performante jusqu'à un âge avancé. D'autres, par une cascade biochimique qui nous échappe encore largement, seront atteints d'une maladie neuro-dégénérative, telle que la maladie d'Alzheimer, et verront s'obscurcir leurs fonctions cérébrales supérieures. Beaucoup espèrent récolter le fruit d'une stimulation mentale soutenue grâce aux mots croisés, jeux de cartes ou autres Sudoku. Ces dernières années, des études ont aussi montré des bénéfices cérébraux à l'activité physique, au sommeil ou à la consommation modérée de vin, mais sans convaincre définitivement les scientifiques.

Deux études publiées ce mois-ci, l'une dans *Neurology*, l'autre dans *JAMA Internal Medicine*, évaluent l'impact de l'alimentation sur ce déclin cognitif. Le Pr Andrew Smyth et ses collègues de l'Institut de recherche sur la santé des populations à l'université McMaster à Hamilton (Canada) ont eu l'idée de reprendre les données de 27.860 hommes et femmes à risques cardiovasculaires enrôlés dans des études (Ontarget et Transcend) portant sur des médicaments anti-hypertenseurs. Ils provenaient de 40 pays différents et avaient répondu à un test de mémoire (le MMS) à deux reprises au cours de cinq années.

#### BÉNÉFICE ÉVIDENT

«Nous avons d'abord vérifié l'adhésion des participants aux recommandations d'une bonne alimentation sans cibler un régime particulier», explique au *Figaro* le Pr Andrew Smyth, qui a coordonné l'étude parue dans *Neurology*. Le bénéfice apparaît évident pour le groupe des 20 % de participants ayant la meilleure alimentation, c'est-à-dire celle comportant surtout des fruits, des légumes et du poisson.

Mais ce n'est pas seulement ce groupe très favorable qui retient l'attention. «Nous avons observé une réponse dose-effet dans cette étude, explique le Pr Smyth, plus les gens mangeaient sainement et moins ils avaient de déclin cognitif.» Un résultat possible, estime Philippe Amouyel, professeur de santé publique au CHU de Lille et directeur d'unité Inserm: «Obtenir quelque chose qui ressemble à une tendance dose-effet est en faveur de la réalité du phénomène.» De plus, l'effet observé est assez important. «Trois points de variation sur le MMS, ça n'est pas négligeable et même sur cinq ans cela indique un véritable déclin cognitif», explique le Pr Orgogozo, professeur de neurologie au CHU de Bordeaux et chercheur dans l'unité Inserm d'épidémiologie du vieillissement.

#### UNE ÉTUDE SUR QUATRE ANNÉES

Néanmoins, l'étude de l'université McMaster, même si elle est bien conçue, n'est qu'une étude d'observation, c'est-à-dire que l'on s'est contenté d'enregistrer les données sans intervenir. Un cran supérieur dans le niveau de preuve est fourni par l'étude d'intervention, celle où des groupes équivalents sont formés avant d'être soumis à des régimes différents. C'est exactement ce qu'ont fait les chercheurs espagnols de l'Hospital Clinic de Barcelone.

Ils ont regardé comment évoluaient les fonctions cognitives de 334 personnes âgées en moyenne de 67 ans sur une durée d'environ quatre années. Un tiers avait juste reçu des conseils diététiques généraux (manger moins de graisse) alors que les deux autres tiers devaient suivre un régime méditerranéen supplémenté soit en huile extra-vierge, soit en noix. Résultat: ces deux derniers groupes ont vu leur mémoire s'améliorer alors qu'elle déclinait dans le premier groupe n'ayant pas suivi de régime méditerranéen.

«NE PAS CONFONDRE DÉCLIN COGNITIF ET MALADIE D'ALZHEIMER»

Pour le Pr Amouyel, «c'est un petit essai et l'effet observé est relativement faible néanmoins c'est un essai randomisé (avec répartition statistique de groupes comparables, NDLR) et il semble bien y avoir un bénéfice du régime méditerranéen sur la fonction cognitive».

«Il ne faut pas confondre le déclin cognitif avec la maladie d'Alzheimer, ajoute le Pr Bruno Dubois, professeur de neurologie et chef du service des maladies cognitives et comportementales de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris). Malheureusement, on peut agir sur les troubles cognitifs sans pour autant agir sur la maladie d'Alzheimer. Par exemple, en améliorant la circulation cérébrale grâce aux traitements contre l'hypertension artérielle, on améliore le fonctionnement cognitif.»

«La piste alimentaire est intéressante mais nous n'avons pas encore prouvé que la modification du régime modifiait le risque de maladie d'Alzheimer», insiste aussi Jean-Marc Orgogozo.

Lefigaro.fr

Retour à [SANTÉ](#)

## **Plus de 18.000 décès supplémentaires durant l'épidémie de grippe 2015 (InVS)**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - L'épidémie de grippe de début 2015 a été associée à un excès de décès de 18.300 personnes, toutes causes confondues, la grande majorité étant survenus chez des personnes âgées, selon un bilan de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Cette épidémie, dominée par le virus A(H3N2) (55% des infections), a été "d'une ampleur forte et d'une gravité importante", selon l'InVS. Elle a duré neuf semaines, a conduit à 2,9 millions de consultations pour syndrome grippal et près de 30.000 passages aux urgences pour grippe, suivis dans 3.133 cas d'une hospitalisation. Les cas graves de grippe admis en réanimation étaient au nombre de 1.558.

L'épidémie de 2015 "est au 14ème rang des valeurs les plus élevées observées ces 30 dernières saisons".

Concernant la gravité, "la proportion d'hospitalisations parmi les passages aux urgences pour grippe pendant l'épidémie a été de 11%, alors qu'elle variait, selon les saisons, entre 6% et 9% depuis la pandémie 2009".

Les 18.300 décès observés durant ces neuf semaines d'épidémie concernaient à 90% des sujets âgés de plus de 65 ans. L'InVS précise que cet excès de mortalité était "lié à la grippe et à d'autres facteurs hivernaux".

Il note par ailleurs que cette situation n'est pas spécifique à la France. On a observé "un excès de 90.000 décès dans 13 des 15 pays participant à la surveillance européenne de la mortalité hivernale".

L'analyse des virus grippaux isolés montre que 75% étaient des virus de type A (19% de A(H1N1) similaires au virus pandémique de 2009, 55% de virus A(H3N2) et 1% de virus A non sous-typés) et 25% étaient de type B.

"Tous les virus grippaux A(H1N1)pm09 ainsi que la majorité des virus grippaux de type B caractérisés étaient analogues aux souches vaccinales. Par contre, parmi les virus A(H3N2), un peu moins de la moitié s'en distinguait", précise l'InVS, notant que globalement

"une majorité des virus grippaux circulant étaient couverts par le vaccin".

Mais l'institut déplore la "poursuite de la baisse de la couverture vaccinale des populations à risque, avec 53% de personnes à risque non vaccinées contre la grippe".

Dans un communiqué sur la surmortalité durant cette épidémie de grippe, la CSMF note que "cette situation doit nous rappeler que le virus de la grippe n'est pas un virus bénin et notamment chez les populations âgées et fragiles". Elle déplore elle aussi la couverture vaccinale insuffisante, et s'interroge sur le "courant anti-vaccination [qui] s'est installé en France", en revenant à nouveau sur ses reproches faits lors de la pandémie grippale où les médecins généralistes avaient été écartés de la vaccination.

Dans un autre communiqué, l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) note qu'il y a eu "plus de morts que lors de la canicule de 2003". Se félicitant du "taux élevé de vaccination" dans les établissements, l'AD-PA estime que "la question majeure concerne l'aide aux personnes âgées à domicile". Il faut "développer les aides aux personnes, même peu handicapées, pour les conseiller sur leur santé (par exemple la vaccination) et les accompagner ensuite dans ce type de démarche".

La secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et à l'autonomie, Laurence Rossignol, a annoncé dimanche qu'elle réunirait en septembre les fédérations d'aide à domicile afin qu'elles soient des "militants" du vaccin contre la grippe auprès des personnes âgées (cf APM VL3NOWUQT).

fb/cb/APM polsan

Retour à [DIVERS](#)

## **Progression de 3,2% des dépenses du régime général d'assurance maladie à fin avril**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - Les dépenses du régime général d'assurance maladie ont progressé de 3,2% à fin avril (taux corrigé des jours ouvrés -CJO) en année mobile, comme à fin mars, a annoncé lundi la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) dans un communiqué.

Pour le seul mois d'avril, les dépenses du régime général ont progressé de 2,9% (CJO) par rapport à avril 2014. La progression s'établit à 2,7% sur les quatre premiers mois de 2015 comparés au premier quadrimestre 2014.

En année mobile, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 4,4% (CJO), contre 4,3% à fin mars. Ces dépenses ont augmenté de 2,9% hors produits de santé.

Les remboursements des soins médicaux et dentaires ont progressé de 2,3% en année mobile, dont +2,9% pour les soins des médecins généralistes, +2,1% pour les spécialistes.

Les remboursements d'auxiliaires médicaux s'établissaient à 4,8% en année mobile (5,1% fin mars), dont +5,8% pour les soins infirmiers à fin avril et +3,5% pour les soins de masso-kinésithérapie.

Les dépenses de produits de santé affichaient une croissance de 7,1% en année mobile à fin avril, dont +0,4% pour les médicaments délivrés en ville. Les remboursements d'avril incluent notamment une part de la rémunération à la performance pour les pharmaciens, indique la Cnamts.

La Cnamts note que l'ensemble des dépenses de médicaments, y compris celles issues de la rétrocession hospitalière, ont progressé de 8,6% au premier quadrimestre et 7,4% en année mobile à fin avril, sans qu'elle n'en précise la raison. En mars, elle évoquait encore l'impact de la commercialisation des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Les versements d'indemnités journalières (IJ) ont crû de 3,9% à fin avril en année mobile. Ils ont progressé de 2,7% sur le premier quadrimestre.

La progression des versements effectués au bénéfice des établissements a atteint en année mobile 2% pour les hôpitaux (2,4% à fin mars), 2% pour les établissements sanitaires privés (1,9%) et 2,5% pour les établissements médico-sociaux (stable).

vg/ab/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

### **Départ de Jérôme Salomon, conseiller sécurité sanitaire de Marisol Touraine**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - Jérôme Salomon, conseiller en charge de la sécurité sanitaire au cabinet de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, va quitter ses fonctions lundi 1er juin, indique un arrêté paru samedi au Journal officiel.

Il avait été nommé en avril 2013, succédant à Frédéric Staikowsky (cf APM MHQDQ001).

Agé de 46 ans, Jérôme Salomon est par ailleurs professeur des universités au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) en biologie des populations depuis le 1er septembre 2012.

Titulaire d'un diplôme d'études spécialisées en santé publique, d'un DEA "Système de soins hospitaliers" et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de pathologie infectieuse et tropicale, il avait déjà été conseiller dans des cabinets ministériels avant celui de Marisol Touraine.

Il a en effet exercé pendant une courte période (de septembre 1999 à fin octobre 1999) les fonctions de conseiller technique en charge

de la sécurité sanitaire, des programmes de santé publique et du médicament au cabinet de Dominique Gillot, alors secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale (cf APM EHCIM004).

Il a rejoint par la suite un poste de praticien à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (Hauts-de-Seine, AP-HP) (cf APM YGCLT003).

En mars 2001, Jérôme Salomon a été nommé conseiller technique "encéphalite spongiforme bovine" (ESB) au cabinet du ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner, fonction qu'il a occupée jusqu'en mai 2002 (cf APM SNEC7001).

Il est ensuite retourné à l'hôpital de Garches, où il est devenu président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) en 2004. Il a quitté l'établissement en décembre 2010.

En janvier 2010, il est devenu conseiller pour les projets internationaux du président de l'Institut Pasteur (jusqu'en janvier 2011), puis a été directeur des projets internationaux de cette structure (jusqu'en janvier 2013). Il a été en parallèle directeur exécutif de l'association Pasteur International Network.

Il a également présidé le Syndicat national des spécialistes de santé publique (SNSP) de 2007 à 2010.

Depuis novembre 2009, il est membre du Comité de lutte contre la grippe.

Contacté par l'APM mardi matin, le cabinet de Marisol Touraine n'était pas en mesure de préciser qui reprendrait les dossiers dont il avait la charge.

(Arrêté du 22 mai 2015, Journal officiel du samedi 23 mai, texte 34)

nc/ab/APM polsan

Retour à [POLITIQUE](#)



## **Les marges de manoeuvre pour assurer le respect de l'Ondam 2015 sont faibles (comité d'alerte)**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - Si l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2015 devrait pouvoir être respecté, les marges de manoeuvre des pouvoirs publics sont limitées compte tenu de sa révision à la baisse dans le programme de stabilité pour 2015-18, a estimé le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans un avis publié mardi.

Fixé initialement à 182,3 milliards d'euros, en progression de 2,1% dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 (cf APM VGRJO015), l'Ondam a été ramené à 181,9 milliards d'euros (+2,05%), avec une réduction de 425 millions d'euros, dans le programme de stabilité soumis à la Commission européenne fin avril (cf APM VG2NMUC1S), souligne le comité d'alerte.

"Par rapport aux dépenses réellement constatées en 2014", qui s'établiraient à 177,9 milliards d'euros, soit 400 millions d'euros de moins qu'attendu, la progression des dépenses programmées pour 2015 s'établirait à 2,1% en 2015, note le comité d'alerte.

Il observe que sur l'enveloppe de 547 millions d'euros de crédits gelés (dotation annuelle de financement des établissements, 220 millions; réserve prudentielle sur les tarifs, 152 millions; crédits du Fmespp, 30 millions; Ondam médico-social, 90 millions; fonds d'investissement régional -FIR-, 30 millions; autres dotations, 25 millions), 175 millions d'euros ont été annulés à la suite du programme de stabilité.

A cela s'ajoutent l'annulation de 250 millions d'euros supplémentaires: 103 millions sur l'Ondam hospitalier, 95 millions sur l'Ondam médico-social, 27 millions d'euros sur le FIR et 25 millions d'euros sur l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

"Contrairement aux années précédentes, où le respect de l'Ondam avait été facilité par la forte sous-exécution de l'objectif de l'année

précédente, l'année 2015 se présente sous un jour nettement plus contraint", considère le comité.

#### LES CREDITS MIS EN RESERVE EQUIVALENT A 0,2% DE L'ONDAM

"Les crédits mis en réserve ne représentent plus que 0,2% de l'Ondam pour 2015, soit un niveau faible au regard des aléas possibles de la gestion", souligne le comité d'alerte.

Il souligne par ailleurs que les données disponibles pour le seul premier trimestre 2015 "sont difficiles à interpréter" car en date de remboursement et non de soins, alors qu'elles ont pu être affectées par la "grève" de la télétransmission observée en début d'année par certains médecins.

Il préconise de renforcer le pilotage des dépenses, avec une "attention particulière" portée sur le rythme de délégation des crédits hospitaliers non encore délégués. Il appelle la vigilance de l'exécutif sur les 700 millions d'euros d'économies prévues dans la maîtrise médicalisée pour 2015. En 2014, elle n'a été exécutée qu'à près de 80%, rappelle-t-on (cf APM VG6NKC2UF).

"Sous ces réserves, le comité estime que l'Ondam [voté dans la LFSS 2015] devrait pouvoir être respecté", conclut-il.

Pour 2014, il confirme que les dépenses ont été inférieures de 400 millions d'euros à l'objectif voté, à 177,9 milliards d'euros contre 178,3 milliards attendus, en progression de 2,4% (cf APM CB7NMG046).

Le comité d'alerte note que les dépenses de soins de ville ont progressé de 2,9% en 2014, "notamment en raison des nouveaux médicaments contre l'hépatite C". Elles intègrent 400 millions d'euros versés aux médecins au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et 250 millions de forfaits "médecin traitant".

Il note que les dépenses de médicaments ont progressé de 5,5%, tirées par les traitements contre l'hépatite C. "Après prise en compte des remises accordées par les laboratoires concernés (600 millions d'euros), les dépenses augmentent de 2,4% alors qu'elles avaient

baissé en 2013", constate le comité.

Créé par la loi en 2004, le comité d'alerte doit rendre chaque année un avis sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie avant le 31 mai et doit à tout moment notifier au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie un risque de dépassement de l'Ondam supérieur à un seuil fixé par décret. Initialement fixé à 0,75%, ce seuil est passé à 0,5% depuis le 1er janvier 2013.

vg/ab/APM polsan

Retour à [POLITIQUE](#)

### **Perfusion dévissée, injection inadaptée : l'aide-soignante accusée de tentative d'homicide**



Une aide-soignante du CHRU de Lille a été mise en examen vendredi pour tentative d'homicide et empoisonnement sur des patients. Âgée de 45 ans, elle travaillait au service endocrinologie. Il n'y a pas eu de conséquences pour la santé des quatre ou cinq patients concernés.

L'affaire débute fin 2014. "Des dysfonctionnements nous ont inquiétés", explique Marie-Charlotte Dalle, directrice juridique du CHRU. Une enquête interne a orienté les soupçons vers des "comportements volontaires".

En février, la direction porte plainte. Les enquêteurs de la Sûreté de Lille relèvent des faits s'étant déroulés fin 2014 sur 4 ou 5 patients âgés : une perfusion dévissée, une tubulure enlevée, une injection de produit inadapté... "Il n'y a eu aucune conséquence pour la santé des patients, qui ne se sont aperçus de rien, grâce à la réactivité des personnels et à une vigilance redoublée", souligne Marie-Charlotte Dalle.

L'aide-soignante, défendue par Me Samia Khiter, a été laissée libre, sous contrôle judiciaire. Elle se défend de toute intention malveillante. "Comment pouvez-vous imaginer ? Mon métier c'était toute ma vie." Épuisée après sa garde à vue, elle parle difficilement. Cette mère de famille ordinaire n'avait jamais eu affaire à la justice. "Je suis aide-soignante depuis vingt-trois ans. Bien notée."

À demi-mot, elle admet tout au plus des gestes maladroits, laissant dans un filet de voix planer l'éventualité d'une ambiance délétère dans le service : "Il y avait des gestes que je ne pouvais plus faire. J'ai demandé de l'aide. On ne m'a pas entendue. On ne m'a pas soutenue."

[Avec [Lavoixdunord.fr](http://Lavoixdunord.fr)]

egora.fr

Retour à [JURIDIQUE](#)

## Radiologies fictives : comment l'Institut Curie aurait fraudé la Sécu



S'appuyant sur les témoignages de médecins de l'Institut Curie, et sur des documents internes, un cabinet d'avocats vient de signaler au procureur de Paris des faits "pouvant recevoir la qualification d'escroquerie" : l'institut se serait fait rembourser des examens radiologiques fictifs, révèle Mediapart.

Ce cabinet d'avocats défend des salariés de l'Institut visés par un plan de licenciements. La pratique signalée concerne les examens réalisés par une technique d'imagerie hybride dite TEP/TDM. Cette technique combine deux procédés : celui du scanner, et la tomographie à émission de positons (TEP), qui révèle le métabolisme des cellules.

Selon les avocats, "il apparaît que la fondation Curie déclare, auprès de la caisse d'assurance maladie, la réalisation de deux examens médicaux pour chaque patient faisant l'objet de l'examen d'imagerie hybride TEP/TDM, usant, vraisemblablement, d'une ruse lui permettant de donner force et crédit à l'existence d'un second examen".

Les avocats font état de témoignages de membres de la fondation Curie selon lesquels la direction aurait adressé des feuilles de soins à la caisse d'assurance maladie "en mentionnant l'examen TEP/TDM sous deux dénominations différentes", faisant donc croire que deux examens ont été effectués. Le procédé aurait impliqué la rédaction, à chaque fois, de deux comptes rendus pour ce qui était en réalité un examen unique.

Selon des témoignages recueillis par Mediapart, cette pratique s'est répétée régulièrement depuis plusieurs années, et plusieurs dizaines d'examens par an auraient été ainsi dédoublés depuis 2007. Plusieurs médecins des services d'imagerie ont dénoncé ces pratiques illégales, mais se sont trouvés en conflit avec la direction qui aurait refusé d'y mettre fin.

[Avec [Mediapart.fr](http://Mediapart.fr)]

[egora.fr](http://egora.fr)

Retour à [JURIDIQUE](#)

## **Personnes âgées et handicapés: la journée de solidarité a rapporté plus de 23 milliards d'euros en 10 ans**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - La journée de solidarité a rapporté 23,5 milliards d'euros en 10 ans, de 2004 à 2014, rapporte la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans un communiqué diffusé la semaine dernière.

La journée de solidarité a été instaurée en 2004 et initialement fixée au lundi de Pentecôte. La recette produite par cette journée -la contribution solidarité autonomie (CSA)- est gérée par la CNSA.

En 2014, 2,43 milliards d'euros ont été collectés, qui ont été redistribués ainsi:

- 1,458 milliard d'euros pour les personnes âgées

- 486 millions d'euros versés aux conseils départementaux pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- 948 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux
- 24 millions d'euros pour le financement du plan d'aide à l'investissement (PAI)

- 972 millions d'euros pour les personnes handicapées

- 632 millions d'euros versés aux conseils départementaux pour le financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

- 316 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux
- 24 millions d'euros pour le financement du PAI.

Depuis le 1er avril 2013, la CSA est étendue aux retraités avec l'entrée en vigueur de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), rappelle la CNSA. La Casa a rapporté 684 millions d'euros en 2014.

"Sur cette somme versée à la CNSA, 100,5 millions d'euros ont été utilisés pour financer différentes mesures qui anticipent la future loi d'adaptation de la société au vieillissement", assure la CNSA.

Elle cite la "modernisation des établissements médico-sociaux pour 57 millions d'euros, [le] fonds de restructuration des services d'aide à domicile pour 30 millions d'euros, [la] réhabilitation de 27 logements-foyers sélectionnés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse [Cnav] pour 10 millions d'euros, [la] participation aux fonds départementaux de compensation du handicap pour 3 millions d'euros".

La caisse prévoit qu'en 2015, la journée de solidarité rapporte 2,460 milliards euros. Elle rappelle que l'intégralité des recettes de la Casa sera versée à la CNSA, et que certaines dépenses sont déjà prévues en anticipation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (cf APM VG1NFN2N4).

Elle évoque ici le versement de 20 millions d'euros à l'Agence nationale de l'habitat pour financer l'adaptation de 6.000 logements du parc privé à la perte d'autonomie, une augmentation du concours APA de la CNSA de 25,65 millions d'euros aux conseils départementaux pour la revalorisation des salaires de la branche de l'aide à domicile, 2,9 millions d'euros pour réhabiliter les logements-foyers, 5 millions d'euros pour abonder les fonds départementaux de compensation du handicap, 4 millions d'euros pour des dépenses de soutien et d'accompagnement des aidants et la préfiguration des conférences des financeurs, ainsi que 450.000 euros pour la plateforme téléphonique d'information et d'orientation des personnes âgées qui ouvrira en même temps que le portail internet (cf APM NC3NOLT1K).

vl/ab/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## **Le coût total d'une place d'Ehpad estimé à 37.043 euros par an par l'ATIH**

(Par Claire BEZIAU, aux salons santé autonomie)

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - Le coût total d'une place d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est estimé à 37.043 euros par an en 2013, selon une étude de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dont les résultats ont été rendus publics la semaine dernière lors des salons santé autonomie (SSA) 2015, organisés Porte de Versailles à Paris.

Conduite par l'ATIH sous la direction de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), cette enquête, basée sur les données comptables et administratives 2013 de 105 Ehpad publics et privés de toutes tailles et de toutes options tarifaires, vise à calculer le coût total annuel d'une place en hébergement permanent.

Les Ehpad participants ont été accompagnés individuellement. Ils ont bénéficié d'une formation et ont été défrayés à hauteur de 10.000 euros, précise un communiqué de l'ATIH, de la CNSA et de la DGCS, diffusé à l'occasion des salons santé autonomie.

Cette enquête de coûts est la seconde réalisée en Ehpad, rappelle-t-on (cf APM VLRD2004).

Le coût calculé est un coût à la place en hébergement permanent supporté par les résidents et leurs familles, les conseils départementaux et l'assurance maladie. Il intègre les données relatives aux dépenses de soins de ville mises à disposition par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).



"Le coût estimé est représentatif des 1.378 Ehpad" français tarifés au GMPS (GIR moyen pondéré soins) ayant réalisé leur coupe Pathos en 2010, 2011 ou 2012, précise le communiqué. Il tient compte de l'option tarifaire, la zone géographique, le GIR moyen pondéré, les profils de soins et la part de résidents de plus de 80 ans. Les charges financières et les charges de structure immobilière sont en revanche exclues.

"Le coût 2013 (soins de ville inclus et hors charges financières et de structure immobilière) supporté par l'ensemble des financeurs est estimé à 37.043 euros annuels par place, soit 101 euros par jour", précise ainsi le communiqué.

L'ATIH a également ausculté les coûts en fonction des "activités", c'est-à-dire pour les soins, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, l'organisation du lien social, la restauration, la blanchisserie et l'hôtellerie générale. En revanche, elle n'a pas pris pas en compte la répartition des coûts par section tarifaire.

Pour 2013, l'activité "soins dispensés" représente 29% du coût total, soit 10.769 euros par an ou 30 euros par jour. Elle se décompose entre soins pris en charge par l'Ehpad (8.463 euros par an) et soins de ville (2.306 euros).

Elle est suivie de l'activité "accompagnement dans les actes de la vie quotidienne", qui représente 26% des coûts, soit 9.545 euros par an. Viennent ensuite l'hôtellerie générale (23%, 8.344 euros par an), la restauration (12%, 4.284 euros par an), l'organisation du lien social (7%, 2.759 euros) et la blanchisserie (4% du total, 1.341 euros).

#### LE PERSONNEL: 73% DU COUT ANNUEL A LA PLACE

L'enquête évalue aussi les charges des Ehpad, dont le plus gros poste est le personnel. Il représente 73% du coût annuel à la place (26.960 euros) dont 26% dévolus aux aides-soignants, aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soins en gérontologie (ASG). Suivent les agents de service (18%), les personnels administratifs (14%), les infirmiers (8%) et les "autres personnels" (7%, incluant les médecins, animateurs ou kinésithérapeutes).

Les 21% des charges restantes ont un caractère non médical (alimentation, nettoyage, combustibles...).

Il est impossible de comparer avec l'estimation de l'enquête 2012, qui révélait un coût de 34.707 euros par an, préviennent les auteurs: les Ehpad étudiés diffèrent, ainsi que leur nombre, passé de 50 à 105. "Il est donc nécessaire d'effectuer des traitements statistiques afin de comparer les coûts", affirment-ils.

Le rapport complet de l'enquête de coûts sera diffusé en juillet sur les sites internet de l'ATIH et de la CNSA.

cbe/vl/ab/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## **Paiement à l'hôpital: 30 établissements retenus pour les expérimentations Simphonie**

PARIS, 26 mai 2015 (APM) - Trente établissements publics et privés à but non lucratif ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été retenus dans le cadre de l'appel à candidatures pour les expérimentations du programme Simphonie relatif au paiement par le patient, a annoncé mardi dans un communiqué la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Cet appel à candidatures avait été lancé dans une instruction datée du 13 avril, avec une clôture fixée au 29 avril (cf APM CB5NMYG2G).

Le programme Simphonie (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) vise à simplifier le parcours du patient de l'accueil à la facturation et au recouvrement.

Il a aussi pour objectif la dématérialisation de tous les échanges entre les acteurs (usager, établissement, comptable public hospitalier,

assurance maladie obligatoire et complémentaire).

Enfin, il doit s'accompagner de l'automatisation de tous les processus qui peuvent l'être et de la concentration des moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers, rappelle-t-on.

Les expérimentations portent sur le paiement par le patient à la sortie, le paiement à l'entrée (actes et consultations externes -ACE-, voire certains contextes de séjours) et la sécurisation des paiements par empreinte de la carte bancaire ou par demande d'autorisation de prélèvement.

Les 30 établissements retenus sont listés sur le site du ministère de la santé:

- le groupe hospitalier de la région de Mulhouse et du Sud Alsace
- le CH de Sarrebourg (Moselle)
- l'Institut Bergonié à Bordeaux
- le centre hospitalier Mémorial France-Etats-Unis, à Saint-Lô
- le CH de Paray-le-Monial (Saône-et-Loire)
- le CH Centre Bretagne (Pontivy/Loudéac, Morbihan/Côtes-d'Armor)
- le centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (Chic) à Quimper-Concarneau
- le CH de La Tour Blanche à Issoudun (Indre)
- le CHU Tours
- le centre hospitalier de l'agglomération montargoise (Cham) (Loiret)
- le CH de Troyes
- le CH de Dole (Jura)
- le CHI Caux Vallée de Seine à Lillebonne (Seine-Maritime)
- l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)

- le groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
- le CH d'Argenteuil (Val-d'Oise)
- la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild à Paris
- l'Hôpital Suisse de Paris
- le CH de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne)
- le CHU de Montpellier
- le CHU de Nancy
- le CHU de Toulouse
- le centre hospitalier intercommunal (Chic) de Castres-Mazamet (Tarn)
- le centre hospitalier intercommunal du Val-d'Ariège (Chiva; Foix/Pamiers, Ariège)
- CHU de Lille
- le groupement des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille
- le CH de Manosque (Alpes-de-Haute-Provence)
- le CH Alpes-Léman (Annemasse/Bonneville, Haute-Savoie)
- le CH de Voiron (Isère)
- la Clinique mutualiste de Lyon Resamut

La phase d'expérimentation est prévue en 2015 et 2016. Le retour d'expérience, la capitalisation et la préparation de la généralisation est programmée de novembre à mars 2016.

La généralisation à l'ensemble des établissements de santé devrait avoir lieu entre 2016 et 2020.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de santé, les députés ont adopté le 9 avril l'article 23 obligeant tout établissement de santé à informer le patient au moment de sa sortie sur le coût de sa prise en charge, ce qui lui sera remboursé et les sommes restant à sa charge, rappelle-t-on (cf APM VG7NMJJX7).

cb/ab/APM polsan

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## Accusée de maltraitance, le procès de l'aide-soignante se retourne contre l'Ehpad



Accusée de maltraitance, la jeune femme a été relaxée à l'issue d'un procès qui a mis en évidence les conditions de travail au sein de l'Ehpad de Châtellerauld (Vienne).

Dans la nuit du 25 au 26 août dernier, une patiente de la maison de retraite médicalisée de l'hôpital de Châtellerauld s'est retrouvée coincée entre son lit et le bat-flanc, le visage et les bras couverts d'ecchymoses. Une aide-soignante de 26 ans comparait devant la justice pour avoir reconnu, à l'issue d'une garde à vue sans avocat, avoir pu faire une mauvaise manipulation, avant de se rétracter immédiatement.

Au cours du procès qui s'est déroulé jeudi à Poitiers, on a pu découvrir les conditions de travail au sein de cet Ehpad avec seuls deux aides-soignantes censées s'occuper, seules, durant toute la nuit de 80 patients souvent grabataires et incontinents.

Sans surprise, la prévenue, contre laquelle le parquet a tout de même réclamé dix mois de prison avec sursis, a été relaxée. Le groupe hospitalier Nord-Vienne a été déclaré irrecevable dans sa constitution de partie civile, avec cet ultime commentaire de la présidente :

"Ce serait plutôt à l'hôpital de payer des indemnités à la victime plutôt que d'en demander à la prévenue."

[Avec [lanouvellerepublique.fr](http://lanouvellerepublique.fr)]

egora.fr

Retour à [JURIDIQUE](#)

### Les petits conseils de la HAS contre les accidents à l'hôpital



Un patient hospitalisé sur 10 subirait un évènement indésirable lors de ses soins, indique la Haute autorité de santé dans un communiqué. Dans 1 cas sur 3, c'est le travail en équipe dont la communication (entre professionnels et vers le patient) qui en est la cause.

La Haute Autorité de Santé s'est appuyées sur les "évènements porteurs de risque" (EPR). Il s'agit d'évènements indésirables survenus en établissement de santé qui auraient pu porter préjudice au patient mais qui ont pu être évités par les soignants, des barrières de sécurité ayant fonctionné. L'analyse des EPR donne des enseignements sur les causes de leur survenue : le plus souvent, il s'agit du travail d'équipe (27 %) suivi par les dysfonctionnements liés aux tâches à accomplir (23%) puis des causes liées au patient lui-même (15%).

La HAS présente aujourd'hui les programmes et outils qu'elle développe pour limiter ces accidents.

Analyser les évènements indésirables. La HAS souhaite engager un cercle vertueux en se servant du levier de la revue de morbi mortalité (RMM). Obligatoire dans certains services (en chirurgie, anesthésie et cancérologie), elle permet de faire le point a posteriori sur les erreurs commises afin de pouvoir les éviter dans le futur. Or, cette démarche n'est réalisée à ce jour que dans 57% des établissements concernés. La HAS souhaite que le retour d'expérience se généralise, non seulement en établissement de santé mais aussi en ville.

Communiquer avec son équipe : le PACTE. L'équipe a été identifiée comme la première cause profonde d'un évènement porteur de risque (27% des cas observés). Sur la base de ce constat, la HAS a lancé une expérimentation novatrice sur le territoire dite "PACTE" (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe), pour aider les équipes pluri professionnelles à travailler sur les facteurs organisationnels et humains : l'écoute, l'entraide, la prise en compte du stress, la communication, etc. Depuis 2013, dix-huit équipes ont déjà expérimenté la démarche. Ce programme intègre par ailleurs les outils pratiques élaborés ou adaptés par la HAS et destinés à aider les professionnels à mieux communiquer et travailler ensemble au quotidien à chaque étape.

Communiquer avec le patient. Dans les problèmes de communication identifiés, certains concernent la communication entre professionnels de santé et patient. De plus, dans 15% des cas, un facteur lié au patient est retrouvé. C'est pourquoi la pratique doit évoluer pour reconnaître et donner au patient un rôle actif dans sa prise en charge. Pour cela, la HAS a développé plusieurs outils inscrits dans les actions du Programme national pour la sécurité du patient (PNSP) : production de documents à destination du patient, adaptation et diffusion de la méthode des "3 Dires", méthode qui permet de s'assurer de la bonne compréhension des informations médicales par le patient, diffusion de la méthode des "3 Quoi" adaptée de l'outil Ask me 3... Enfin, la HAS a intégré l'expérience du patient à son dispositif de certification des établissements de santé, avec la méthode du "Patient-traceur". Lors de la visite des établissements par des experts visiteurs de la HAS, une partie de l'évaluation repose désormais sur les dossiers des patients afin de vérifier à chaque étape si la prise en charge était adaptée. Lors de cet examen, le ressenti des patients est directement recueilli. Une transposition à la ville est en cours d'expérimentation.

Egora.fr

Retour à [DIVERS](#)

## Remboursements en avril : le poids de la ROSP



En avril 2015 par rapport à avril 2014, les remboursements de soins du régime général ont progressé de 3,2 %. Les dépenses de soins de ville ont, elles, progressé de 4,5 %, ce qui donne un rythme annuel de progression de 4,4 % (corrigé des variations saisonnières). Fin avril, les remboursements de soins médicaux et dentaires ont augmenté de 2,5 %, soit + 2,3 % sur les douze derniers mois. Sur les quatre premiers mois de 2015, la progression des remboursements de soins de généralistes est de 2,7 % (+ 2,9 % en rythme annuel). Pour les soins de spécialistes, la progression est de 2,3 % (+ 2,1 % en rythme annuel).

Pour la CNAM "les versements au titre des rémunérations sur objectifs de santé publique effectués en avril 2015, sensiblement importants qu'en avril 2014, expliquent l'augmentation plus soutenue des remboursements de soins et médecine générale et spécialisée ce mois-ci".

La progression des remboursements de soins d'auxiliaires médicaux est de 4,4 % sur le premier quadrimestre (+ 4,8 % en rythme annuel), une progression essentiellement due à l'évolution des soins infirmiers, signale la CNAM : + 6 % à fin avril 2015 et + 5,8 % en rythme annuel.

Pour le poste médicament, sur le premier quadrimestre, l'évolution des médicaments délivrés en ville est de + 1,8 % (données corrigées des variations saisonnières), ce qui inclue la rémunération ROSP des pharmaciens. Si l'on exclue la ROSP, les remboursements des médicaments de ville sont quasiment stables (-0,3 %). Soit, en rythme annuel, + 0,4 %.



L'ensemble des remboursements de médicaments, rétrocession incluse, progressez de + 8,6 % à fin avril, et de + 7,4 % sur douze mois.

Enfin, les versements aux établissements de santé publics progressent de 2 % sur les douze derniers mois, elle est identique pour les établissements privés, et de + 2,5 % pour les établissements médico-sociaux.

Egora.fr

Retour à [ÉCONOMIE](#)

### Le comité d'alerte attentif au respect de l'ONDAM 2015



L'ONDAM 2015 devrait être respecté, et il ne devrait pas y avoir de déclenchement de la procédure d'alerte en cas de risque de dérapage. Mais ce bon résultat tient essentiellement à la sous-exécution de 400 millions d'euros de l'ONDAM 2014. "L'année 2015 se présente sous un jour nettement plus contraint", relève le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Pour 2015, les crédits mis en réserve ne représentent plus que 0,2% de l'ONDAM, "soit un montant faible pour faire face aux aléas inévitables de la gestion 2015". Dès lors, "assurer le respect de l'Ondam voté et, à plus fortes raisons, de l'Ondam revu à la baisse suite au programme de stabilité impose de renforcer le pilotage des dépenses", ajoute le comité.

S'agissant des soins de ville, les informations disponibles sur le premier trimestre 2015 "ne font pas apparaître de risques particuliers sur l'évolution des dépenses", note le comité d'alerte. Toutefois, l'épidémie grippale a pu accroître les dépenses pour un montant aujourd'hui estimé entre 30 et 80 M€. Et puis, le comité fait également état de dépenses d'honoraires paramédicaux et de dispositifs médicaux toujours "dynamiques", de même pour les dépenses d'indemnités journalières qui continuent de progresser à un rythme accru.

La dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) tablait en effet sur un objectif à 182,3 milliards d'euros (Md€), en hausse de 2,1%. Mais le programme de stabilité notifié en avril a réduit ce montant à 181,9 Md€, soit une progression ramenée à 2,01%. Ainsi, 425 millions d'euros (M€) de crédits ont été annulés, notamment sur l'ONDAM hospitalier et son pendant médico-social, dont 175 M€ pris sur l'enveloppe de crédits gelés, désormais réduite à 372 M€.

Dans sa première note d'avril, le comité d'alerte évaluait à 300 M€ la sous-exécution de l'Ondam 2014. Ses estimations la chiffrent désormais à 400 M€. L'écart par rapport à l'estimation d'avril résulte, selon lui, de la prise en compte de remises post-autorisations temporaires d'utilisation (ATU) sur deux médicaments à hauteur de 130 M€.

[Avec [Hospimedia.fr](http://Hospimedia.fr)]

egora.fr

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

## **Consult' d'ostéo par des étudiants à l'hôpital de Saint-Cloud**

Les étudiants de l'école Ostéobio assureront à partir de ce mercredi des consultations ouvertes à tous à l'hôpital de Saint Cloud. Elles seront facturées 25 euros.

"En moyenne, un ostéopathe facture l'acte à 70 €", précise David Bourgoïn, le directeur de l'information clinique chez Ostéobio, dans les colonnes du *Parisien*. Cette école d'ostéopathie installée à Cachan (Val-de-Marne) fournira les praticiens. "Les étudiants en

cinquième et dernière année prendront en charge les patients, annonce David Bourgoïn. Un professionnel expérimenté les supervisera."

[Avec [leparisien.fr](http://leparisien.fr)]

egora.fr

Retour à [DIVERS](#)

## **Budget santé: la Cour des comptes pointe des reports de charges croissants sur l'assurance maladie**

PARIS, 27 mai 2015 (APM) - La Cour des comptes pointe un désengagement progressif de l'Etat vers l'assurance maladie dans la construction de la mission "santé" du budget, dans son rapport au Parlement sur le budget de l'Etat en 2014, rendu public mercredi.

S'agissant de l'ensemble du budget de l'Etat, la Cour des comptes constate que la réduction du déficit, "amorcée depuis 2010, a été interrompue en 2014, dans un contexte de croissance et d'inflation plus faibles que prévu et aussi de taux d'intérêt très bas".

Le déficit s'établit à 85,6 milliards d'euros en 2014, se creusant de 10,7 milliards d'euros supplémentaires par rapport à 2013, contre 38,4 milliards en 2007, "avant la crise".

La mission santé, dotée en loi de finances de 1,298 milliard d'euros de crédits, se compose de deux programmes placés sous l'autorité de la ministre des affaires sociales et de la santé: le 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins (693,4 millions) et le 183, qui traite de la protection maladie (605 millions consacrés au financement de l'aide médicale de l'Etat -AME- et aux soins urgents).

La Cour des comptes constate, comme en 2013, une sous-budgétisation des dépenses d'AME qui ont atteint 759,6 millions d'euros en 2014 (dont 722,8 millions pour l'AME de droit commun), portant à 57,3 millions d'euros le montant de la dette cumulée de l'Etat à l'égard de l'assurance maladie.

"Pour faire face à l'insuffisance récurrente des crédits AME, toutes les autres lignes budgétaires du programme sont progressivement réduites, voire annulées", déplore la Cour des comptes, citant la disparition du Fonds CMU (couverture maladie universelle) du périmètre de la loi de finances 2014, l'annulation de la dotation de l'Etat au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) en 2014 et sa sous-budgétisation en 2015.

"Ces évolutions de périmètre ne suffisent pas à résoudre les difficultés provoquées par la croissance des dépenses d'AME, auxquelles la croissance de la dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) devient la réponse récurrente", reproche la Cour, soulignant que cette dette n'a pas été budgétée dans la loi de finances pour 2015.

Elle relève à cet égard que l'exécutif a été plus qu'optimiste en prévoyant 632,6 millions d'euros de crédits pour l'AME de droit commun dans la loi de finances pour 2015 (cf APM VG4NGS34F) alors que la dépense tendancielle est de 717 millions d'euros.

"La tendance est la même pour le programme 204, comme en témoigne le transfert massif sur l'assurance maladie qu'institue la loi de finances pour 2015: outre les dépenses liées à la formation médicale initiale, l'ATIH [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation], le CNG [Centre national de gestion] et la HAS [Haute autorité de santé] sont dorénavant financés par l'assurance maladie", souligne la cour, estimant que cette loi "modifie donc substantiellement le périmètre de la mission santé".

La Cour recommande donc à l'Etat de budgéter désormais la dette de l'Etat à l'égard de la Cnamts liée à l'AME.

Elle critique par ailleurs les indicateurs de performance de la mission santé. Elle recommande d'en "refondre la maquette de performance [...] afin de décliner, en cohérence avec les objectifs qui seront fixés dans [la loi de santé], des indicateurs représentatifs,

lisibles et partagés entre les opérateurs de santé, les programmes de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et les plans de santé publique, avec l'objectif d'une articulation claire et transparente des financements par crédits budgétaires et par l'assurance maladie".

Elle préconise de revoir la liste des dépenses fiscales et d'"accentuer l'effort de maîtrise des dépenses de fonctionnement courant et de personnel des opérateurs".

vg/ab/APM polsan

egora.fr

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## **Les patients âgés ayant présenté une fracture de hanche doivent-ils être pris en charge dans un service de gériatrie ou d'orthopédie ?**



Par le Dr Julien Paccou (CHRU de Lille)

Article commenté :

Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial

Prestmo A, Hagen G, Sletvold O et al.

Lancet 2015 ; 385:1623-33

► Retrouvez l'abstract en ligne

La plupart des patients se présentant aux Urgences avec une fracture de hanche sont des patients relativement âgés (> 70 ans), fragiles et présentant une détérioration de leur mobilité.

Les auteurs de cette étude ont souhaité comparer la prise en charge de patients âgés ayant présenté une fracture de hanche entre la prise en charge dans un service de Gériatrie et la prise en charge usuelle dans un service d'Orthopédie.

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, randomisée avec des groupes parallèles permettant de comparer la prise en charge dans les deux services entre avril 2008 et décembre 2010. Parmi les critères d'inclusion, les patients devaient habiter préalablement à leur domicile, être âgés de 70 ans ou plus et être capables de marcher pendant 10 mn avant la survenue de la fracture.

Les patients étaient répartis de manière aléatoire après leur passage aux Urgences avec un calcul d'effectif initialement de 400 patients. Le critère principal avec une analyse en intention de traiter était la mobilité 4 mois après la chirurgie de la fracture de hanche.

1077 patients ont été évalués avec l'exclusion de 680 d'entre eux principalement en raison du fait qu'ils ne résidaient pas à leur domicile avant la fracture et qu'ils étaient âgés de moins de 70 ans. Parmi les patients restants, 198 ont été randomisés pour être pris en charge par le service de Gériatrie et 199 dans le service d'Orthopédie.

A 4 mois, 174 patients ayant été pris en charge par le service de Gériatrie étaient évaluables contre 170 dans le service d'Orthopédie principalement en raison de la survenue de décès chez un certain nombre d'entre eux. A 4 mois, la mobilité des patients a été évaluée par la réalisation de différents tests évaluant les performances physiques permettant d'établir un score de 0 à 12 avec les scores les plus élevés correspondant à une meilleure mobilité.

Le résultat principal de cette étude concernant la mobilité à 4 mois était le suivant : le score de mobilité était de 5,12 (SE 0,20) pour la prise en charge dans le service de Gériatrie et de 4,38 (SE 0,20) pour le service d'Orthopédie, ce qui correspondait à une différence entre les 2 groupes de 0,74 (IC95%= 0,18–1,30 ; p= 0,010).

Parmi les critères de jugement secondaires, il y avait également une amélioration significative pour les patients ayant été pris en charge dans le service de Gériatrie (vs. Service d'Orthopédie) pour la mobilité et les scores de cognition à 12 mois, pour les activités de la vie quotidienne, par rapport à la peur de tomber et la qualité de vie à 4 et 12 mois.

Il faut noter qu'il n'y avait pas de différence concernant la mortalité à 12 mois entre les deux groupes (n= 30 patients service de Gériatrie (15%) et n=37 (18%) service d'Orthopédie (p = 0,36)). La durée moyenne du séjour hospitalier était également significativement plus importante chez les patients pris en charge dans le service de Gériatrie avec une moyenne de 12,6 (0,43) *versus* 11 jours (0,54) (p = 0,025).

Au total, les auteurs de cette étude ont retrouvé que la mobilité à 4 mois était améliorée chez les patients pris en charge dans un service de Gériatrie comparativement aux patients pris en charge dans un service d'Orthopédie.

Les résultats nécessitent d'être confirmés dans d'autres études mais semblent conforter la création des services d'Ortho-Gériatrie pour la prise en charge des patients fracturés.

Date de publication : 28-05-2015

rhumato.net

Retour à [SANTÉ](#)

## Accusé de double facturation d'examens d'imagerie, l'Institut Curie réplique

PARIS, 28 mai 2015 (APM) - L'Institut Curie (Paris), accusé dans des médias de double facturation de certains examens d'imagerie, a répliqué dans des droits de réponse en expliquant qu'il s'agissait de facturation d'examens différents mais réalisés le même jour sur un appareil hybride.

Cette affaire semble être une conséquence indirecte du plan social qui a conduit à une série de licenciements par l'Institut Curie. Selon Mediapart et L'Express, un signalement pour "escroquerie au préjudice de la caisse d'assurance maladie" a été fait par un avocat, qui s'avère être aussi l'avocat d'un biostatisticien qui conteste devant les prud'hommes son licenciement.

Ce plan de sauvegarde de l'emploi (PSE) finalisé fin 2014 a été rendu nécessaire pour combler un déficit de 10 millions d'euros. Parmi les personnes licenciées figure Bernard Asselain, biostatisticien, âgé de 64 ans, qui a intenté une action aux prud'hommes.

Son avocat, Me Avi Bitton, a fait un signalement dans lequel, selon Mediapart, il affirme qu'il y aurait dans cet établissement une pratique consistant à facturer deux fois à l'assurance maladie certains examens radiologiques afin d'obtenir deux remboursements pour le même acte. Cela concernerait des examens avec un appareil hybride tomographie par émission de positons/scanner (TEP/TDM).

Dans des droits de réponse séparés envoyés aux deux médias, dont APM a eu copie, le président de l'Institut Curie, Thierry Philip, déclare qu'il s'agit de "contre-vérités" et d'"allégations infondées".

Il rappelle d'abord que "des contrôles sont régulièrement menés par [l'assurance maladie], seule souveraine pour évaluer la conformité des demandes de remboursement d'actes. Or, les derniers contrôles effectués à l'Institut Curie en 2008 et 2013 n'ont donné lieu à aucune sanction de la part de notre autorité de tutelle, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France".

S'agissant de "l'erreur de codage prétendument commise", il indique qu'il s'agit d'une "pratique ad hoc" liée à cette machine hybride qui permet "de réaliser simultanément un double examen". Mise en oeuvre depuis 2007 "à titre précurseur", cette pratique permet



d'"éviter à la personne malade la fatigue d'un double déplacement, d'améliorer la précision diagnostique et de réduire l'exposition aux rayons".

"Il n'y a donc ni 'stratagème', ni 'ruse' ni 'examen fictif' dans la mesure où il s'agissait bien d'actes faisant l'objet de deux prescriptions et comptes-rendus différents validés par les spécialistes concernés (radiologues et médecins nucléaires) et qui auraient été de toute façon réalisés", ajoute Thierry Philip.

Par ailleurs, dans L'Express, Bernard Asselain contestait le PSE en soulignant le fait que la fondation de l'Institut Curie, qui gère les dons et legs, était "toujours prospère" et que dans le passé, elle "avait l'habitude de soutenir l'hôpital, jusqu'à l'arrivée de Thierry Philip".

Le président du centre anticancéreux, qui a effectivement modifié les pratiques, rappelle dans son droit de réponse que ces fonds "ne peuvent être affectés qu'à ce pourquoi ils nous ont été confiés", c'est-à-dire à des projets de recherche. "L'argent des donateurs ne peut en aucun cas être utilisé pour combler un déficit d'exploitation d'une activité".

fb/cb/APM polsan

Retour à [JURIDIQUE](#)

## Condamné pour attouchements sur ses patients, le médecin exerce toujours



En décembre 2013, un médecin généraliste belge était condamné par le tribunal correctionnel de Liège à cinq ans de prison dont la moitié avec sursis pour neuf faits d'attouchements perpétrés sur des patientes, dont une mineure. Pourtant, presque deux ans plus tard, il exerce toujours ! Mardi 26 mai en appel, les parties civiles se sont dites "choquées" par cet état de fait.

Le médecin quinquagénaire a travaillé dans un centre d'aide aux ados en difficulté, mais on l'en avait écarté parce que son comportement à l'égard de mineures avait été jugé inapproprié. Puis, entre 2003 et 2007, il a exercé dans deux maisons médicales mais des patientes ont commencé à se plaindre de son comportement.

Il avait, par exemple, procédé à un toucher vaginal sur une jeune femme qui se plaignait de... maux de tête. Il avait également pour habitude de réaliser une palpation des seins, même s'il était seulement question de délivrer une ordonnance pour des somnifères. Il aurait en outre mis sa langue dans la bouche d'une patiente "pour vérifier le taux d'acidité de sa salive". Le médecin a toujours déclaré qu'il agissait ainsi par souci de bien faire, pour "être bien prudent, tout vérifier".

Le médecin, puis le Parquet, avaient interjeté appel du jugement le condamnant à cinq ans de prison, dont la moitié avec sursis. Devant la 8<sup>ème</sup> chambre de la cour d'appel ce mardi, le quinquagénaire a répété ses dénégations : "Je ne me reconnais pas du tout dans ce qu'on me reproche", a-t-il expliqué. "Tout ce qu'on me reproche, c'est de travailler. Ce n'est pas un péché de travailler !"

Les parties civiles ont, quant à elles, mis en exergue le fait que ce médecin est toujours en activité. Après avoir été renvoyé des maisons médicales en 2007, il a ouvert son propre cabinet à Ougrée.

[Avec [Lameuse.be](http://Lameuse.be)]

[egora.fr](http://egora.fr)

Retour à [JURIDIQUE](#)

### **Projet de loi de santé: "Le Bloc" prépare une opération de "blocage sanitaire" pour l'automne**

PARIS, 28 mai 2015 (APM) - L'Union syndicale "Le Bloc", regroupant les spécialistes libéraux des plateaux techniques lourds, a annoncé mercredi envisager une opération de "blocage sanitaire" pour l'automne, afin de protester contre le projet de loi de santé.

Dans un communiqué, le Bloc "appelle les différentes coordinations de médecins généralistes à s'unir au blocage sanitaire de l'automne 2015".

Il "salue l'initiative des médecins généralistes grévistes de Roanne (Loire) qui ont décidé de fermer leur cabinet" pendant trois jours du 18 au 20 mai, relevant que d'autres collectifs de médecins s'étaient ralliés à ce mouvement, notamment en Saône-et-Loire (cf APM VG3NOJD3F).

L'union syndicale "invite tous ces collectifs à s'unir à l'opération de blocage sanitaire qu'il organisera à l'automne 2015, avant le vote définitif du projet de loi Touraine prévu fin 2015". Elle estime qu'un tel blocage "est l'ultime recours à disposition des médecins libéraux pour empêcher le vote d'une loi ouvertement mortifère pour la médecine libérale".

Le Bloc considère que le texte a été rédigé "sans concertation avec les acteurs du système, dans un simulacre de négociation et avec beaucoup de communication pour tromper les médias, suivis par un passage en force à l'Assemblée nationale".

"Puisqu'aucune discussion n'est possible, il ne restera plus que le rapport de forces. Le mouvement spontané de nombreux médecins libéraux est le début d'une mobilisation qui va s'amplifier jusqu'à l'automne pour conduire à un blocage sanitaire dont le gouvernement sera le seul responsable", estime l'union syndicale.

Dans des communiqués distincts publiés dans la semaine du 18 mai, MG France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) avaient également apporté leur soutien aux médecins de Roanne, précise-t-on.

La période retenue par le Bloc pour son "blocage sanitaire" coïncidera avec l'examen du projet de loi de santé au Sénat (cf APM MH6NOLVWL), les arbitrages sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016, et en pleine campagne pour les élections professionnelles aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), programmée pour les médecins le 12 octobre (cf APM VG8NOQQAA).

vg/ab/APM polsan

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

### **Accès aux soins des personnes handicapées: mieux vaut vivre en institution que chez soi (Irdes)**

PARIS, 28 mai 2015 (APM) - L'accès aux soins des personnes handicapées est favorisé lorsque les personnes vivent en institution plutôt que chez elles, selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) diffusée mercredi.

L'Irdes explique en préambule de son étude que de nombreux travaux, en comparant l'accès aux soins des personnes handicapées à celui des personnes valides, ont montré que les premières rencontraient plus de problèmes d'accès physique aux soins, et que leurs caractéristiques socio-économiques plus défavorables étaient généralement associées à un moindre recours.

"Rares" sont en revanche les études qui comparent l'accès aux soins des personnes handicapées en fonction de leur lieu de vie, souligne l'institut de recherche. "En France, l'enquête sur la santé et le handicap déclinée dans un volet Ménages (HSM, 2008) et dans un volet Institutions (HSI, 2009) rend possible la réalisation de telles études", affirme-t-il.

L'objet du travail publié mercredi est donc de comparer le recours aux soins des personnes handicapées résidant "en ménage" et celles en institution à partir de trois soins courants -les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques- et de quatre actes de dépistage et de prévention -dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B.

"La définition du handicap comprend ici les personnes qui ont déclaré des restrictions d'activité pour la réalisation de soins personnels (selon la grille des Activities of Daily Living-ADL), des activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (selon la grille des Instrumental Activities of Daily Living -IADL), et des "activités instrumentales de la vie quotidienne telles que les difficultés à faire ses courses seul, à préparer ses repas seul, à effectuer les tâches ménagères courantes seul, etc.", précise l'Irdes.

Selon une première analyse "qui ne neutralise aucune différence, ni en termes de caractéristiques démographiques, de degré de handicap ou de niveau social", l'institut relève que le recours aux soins "n'est pas significativement différent" entre les personnes qui habitent chez elles ou celles qui vivent en institution pour les soins ophtalmologiques, gynécologiques, et pour le dépistage du cancer colorectal.

Le recours aux soins est supérieur chez les personnes en institution pour les soins dentaires (+9 points) et la vaccination contre l'hépatite B (+13 points). Il est inférieur pour les dépistages du cancer du col de l'utérus (-19 points) et du cancer du sein (-16 points). Ces difficultés de recours au dépistage des cancers féminins dans les institutions peuvent s'expliquer par le "degré de handicap plus important des femmes résidant en institution, la réalisation de ces actes étant particulièrement difficile chez les femmes présentant des troubles importants, qu'ils soient physiques ou mentaux".

L'Irdes a ensuite retiré "les individus résidant en institution trop dissemblables pour pouvoir être comparés aux individus résidant à domicile", soit 6% des personnes en institution sur l'ensemble des soins.

Là, "les résultats [...] mettent en évidence, pour tous les soins considérés, une probabilité de recours augmentée pour les personnes hébergées en institution par rapport aux personnes en ménage présentant les mêmes caractéristiques, à l'exception du dépistage du cancer du sein dont le résultat n'est pas significatif", assure l'institut de recherche.

Dans le détail, le différentiel entre personnes en institution ou à domicile est jugé "faible" pour deux soins (dépistage du cancer du côlon +3 points; soins ophtalmologiques +4 points), "plus élevé" pour le frottis (+9 points) et pour les soins gynécologiques (+13 points). "Il atteint un niveau encore plus accentué pour la vaccination contre l'hépatite B (+17 points) et pour les soins dentaires (+18 points)".

#### UNE DIFFERENCE AVANT ET APRES 60 ANS

Le recours aux soins dépend aussi de l'âge, peut-on lire dans l'étude. Par exemple, pour les soins dentaires, l'écart est de 18 points sur l'ensemble de la population âgée de 20 à 59 ans, mais l'écart n'est que de 13 points chez les 50-59 ans, alors qu'il atteint 27 points chez les 40-49 ans.

Pour le dépistage du cancer de l'utérus, le différentiel est de 4 points pour les personnes âgées de 55 à 64 ans, contre 22 points pour les personnes âgées de 35 à 44 ans.

L'Irdes remarque aussi une différence avant et après 60 ans. "Les résultats sur la mammographie indiquent des disparités particulièrement importantes de part et d'autre de la barrière d'âge de 60 ans avec un recours supérieur des femmes résidant en institution avant 60 ans et inférieur au-delà. Cette barrière d'âge semble également s'appliquer pour les soins dentaires".

En conclusion, "les résultats soulignent un impact positif de l'institutionnalisation sur le recours au soin pour l'ensemble des soins étudiés".

L'accès à l'information relative aux professionnels et structures de soins externes (hôpitaux, médecine de ville, etc.) capables de prendre en charge les personnes handicapées serait supérieur en institution. "Les établissements disposent par ailleurs de locaux [qui peuvent] potentiellement accueillir des professionnels de ville ou peuvent organiser la logistique permettant le transport des personnes handicapées vers les cabinets des professionnels de ville", commente l'Irdes.

"La prise en charge peut être facilitée par la présence d'un professionnel de l'institution jouant le rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient handicapé", estime aussi l'institut de recherche.

Il souligne par ailleurs qu'"il est vraisemblable qu'un meilleur accès aux soins des personnes handicapées en ménage passe par une meilleure information sur les professionnels de santé et les structures à même de les accueillir" et par une "réflexion -impliquant des aspects organisationnels- sur la façon dont les établissements peuvent répondre à cette demande d'accès aux soins émanant des ménages".

"L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France", Irdes!  
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/207-l-hebergement-en-institution-favorise-l-acces-aux-soins-des-personnes-de-moins-de-60-ans-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

vl/ab/APM polsan

Retour à [SANTÉ](#)

### **OBÉSITÉ CENTRALE: Le bruit ambiant rend plus corpulent**

<http://www.santelog.com/modules/connaissances/actualite-sante-obeacutesiteacute-centrale-le-bruit-ambiant-rend-plus-14124.htm>

Retour à [SANTÉ](#)

## Quand les médecins non syndiqués se fâchent : Ca va secouer !



Après le printemps de Roanne, créé de manière spontanée, des mouvements de médecins non syndiqués voient le jour partout en France sur le modèle de leurs confrères roannais. Des manifestations et journées de grève s'organisent, chacune de leur côté. Une réunion prévue le 13 juin devrait coordonner tous les mouvements et aboutir à un mouvement dur et national au moment du vote final de la loi de modernisation de la santé.

Les médecins ne sont pas prêts à se laisser abattre. Après la grogne des syndicats, place au soulèvement de la base des médecins. Partout en France, des mouvements, coordinations ou collectifs non syndiqués et apolitiques se créent pour lutter contre la loi Touraine. 14 départements sont déjà sur le pied de guerre. L'Ain, l'Ardèche, le Vaucluse, les Bouches du Rhône, la Haute-Loire, le Rhône, le Val d'Oise, le Nord, la Saône-et-Loire mais aussi la Corse ou la Bretagne, organisent chacun de leur côté des actions pour signifier leur ras le bol généralisé. Et ce n'est pas tout. La Picardie, l'Ariège, le Lot, le Nord, la Côte-d'Or ou encore l'Alsace se préparent à rentrer dans les rangs. "D'ici septembre, tous les départements se seront soulevés", prédit le Dr Éric Blondet, secrétaire général de l'Union française pour une médecine libre (UFML).

Initié à Roanne

Si les mouvements se sont créés en dehors de syndicats, ces derniers et notamment la FMF, le SML et le Bloc les soutiennent, légèrement en retrait. De son côté, l'UFML, qui est une association, offre une aide logistique aux médecins qui en font la demande.



"Notre rôle est de coordonner les coordinations. Nous avons mis en place un google group (forum de discussion) pour qu'elles puissent échanger entre elles. Notre objectif n'est pas de mettre la main sur les coordinations. Cela serait totalement contre-productif car pour fonctionner elles ont besoin de venir de la base", explique le Dr Jérôme Marty, président de l'UFML.

Initié à Roanne où un mouvement spontané avait abouti à trois jours de grève suivis par plus de 95% des généralistes, ces soulèvements de médecins concrétisent le malaise profond de la profession et son rejet de la loi de santé. "Cette loi a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Nous voulons montrer aux politiques que nous sommes capables de nous rassembler et de nous réunir. Nous disons tous merci à nos confrères roannais car ils ont permis le réveil des médecins", confie le Dr Brice Duraffourg, porte-parole du Printemps des Ainsoumis qui rassemble près de 50% des généralistes de l'Ain. Ces derniers seront en grève les 3 et 4 juin prochain.

"Les patients nous soutiennent tous"

"Nous espérons que le mouvement s'étende en France mais nous n'imaginions pas que cela arriverait vraiment", avoue, enchanté le Dr Philippe Mottet, l'un des initiateurs du Printemps Roannais. Et après le succès de la grève, le mouvement roannais ne s'arrête pas là. Une manifestation de médecins est prévue le 3 juin devant la sécurité sociale. Chaque praticien déposera à la caisse un courrier de demande de modalité de déconventionnement. Une grève des gardes reconductible de semaine en semaine est également en cours. Une manifestations de médecins et de patients est prévue le 13 juin. "Les patients nous soutiennent tous", constate le Dr Mottet.

En Bretagne, la grogne gronde depuis déjà trois mois. Dans plusieurs villes se sont créés des Collectif pour l'Organisation et la Défense d'un Territoire de Santé (CODTS). Mis en place par le généraliste quimpérois Nikan Mohtadi, ils ont pour objectif de fédérer les praticiens autour d'objectifs communs, avec une conduite commune aux médecins d'un secteur, et une solidarité en cas d'attaque injustifiée d'un confrère. "Nous sommes unis en associations asyndicales et apolitiques avec la volonté de ne pas accepter la loi même si elle était votée. Nous avons tous signé une charte de solidarité et nous serons prêts à aller jusqu'au déconventionnement s'il le faut. En attendant nous faisons pression, en relais du Printemps de Roanne. A Quimper, 40 médecins (sur les 44 que compte la ville) fermeront leur cabinets pendant au moins deux jours lors de la deuxième quinzaine de juin", annonce le Dr Nikan Mohtadi. D'autres

viles bretonnes devraient suivre le mouvement.

"S'il faut se fâcher, on va le faire", avertit le Dr Mohtadi avant d'ajouter, "on espère que les politiques se poseront des questions sur le refus de cette loi. Personne ne discute l'idée d'une réforme de la santé mais nous voulons qu'elle soit faite avec et non contre les médecins."

"Un mouvement fort, plus puissant même qu'une grève"

Même point de vue dans les Hautes-Pyrénées, où les trois quart des médecins ont également signé une charte de désobéissance. Une manifestation est prévue d'ici une dizaine de jours devant la sécurité sociale de Tarbes. Elle sera suivie "d'un mouvement fort, plus puissant même qu'une grève", annonce, énigmatique, le Dr Patrick Guenebeaud à la tête du mouvement.

Le 13 juin prochain, à 15h dans un amphithéâtre de l'hôpital Cochin à Paris se tiendra une vaste réunion organisée à l'initiative de l'UFML, et en présence de la plupart des mouvements et coordinations. Une grève nationale devrait être décidée à l'issue de ce rendez-vous. "Nous pensons à arrêt d'activité total de plus d'une semaine", lâche le Dr Marty. La date du mouvement sera fixée en parallèle au vote final de la loi de modernisation de la santé, soit d'ici la fin de l'année. "D'ici là, nous allons en profiter pour organiser les coordinations et faire de la guérilla en permanence", prévient le président de l'UFML. Affaire à suivre...

Egora.fr

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

**Guillaume Sarkozy (Malakoff-Médéric) et Thierry Beaudet (MGEN) réclament de contractualiser avec les médecins**

28.05.2015



Guillaume Sarkozy (à D.) et Thierry Beudet (à G.) Zoom

A l'heure de la généralisation de la couverture collective en entreprise, les complémentaires santé veulent plus que jamais se rapprocher des professions de santé. Invités jeudi matin d'une rencontre presse organisée par l'AJIS (Association des Journalistes de l'Information Sociale), les patrons de deux géants du secteur l'ont signifié presque à l'unisson. Guillaume Sarkozy est le président de Malakoff Médéric dont le rapprochement envisagé avec la Mutuelle Générale donnerait naissance à un groupe de 6 millions de personnes protégées. Thierry Beudet préside la puissante MGEN, qui avec son nouveau partenaire Harmonie Mutuelles pèsera bientôt pour 8,2 millions d'adhérents.

Pour le premier, chacun son rôle : puisque la sécu, monopolistique, se doit de conventionner automatiquement les professionnels, les assureurs complémentaires sont les seuls à pouvoir contractualiser avec eux. Et de juger « absurde » que les réseaux de soins prévus par la loi Leroux ne permettent pas aux institutions de prévoyance et aux mutuelles de passer contrat avec les médecins. A l'intention de ces derniers, il assure que les complémentaires de santé seraient les seuls pourtant à pouvoir mettre en place une politique un peu plus dynamique des revenus...

Même analyse du système chez Thierry Beaudet : « on se raisonne pas en terme de concurrence avec l'assurance maladie obligatoire ». Et même revendication : « On ne peut pas dire que les complémentaires n'agissent pas et ne pas nous donner les moyens d'agir (...) Il faut que les acteurs que nous sommes puissions peser sur l'organisation du système et sa régulation. »

A deux semaines du Congrès de la Mutualité Française qui recevra à Nantes la visite du chef de l'Etat, les acteurs du secteur se positionnent clairement en partenaires des libéraux de santé et en particulier en direction d'un corps médical que la législation ne leur permet pas (encore) d'atteindre. En substance, le patron de Malakoff-Médéric remarque que les financeurs devraient pouvoir s'intéresser à la qualité des actes dispensés et donc favoriser les meilleurs. Celui de la MGEN assurant pour sa part que tous les professionnels de santé n'y seraient pas forcément hostiles : « Il ne faut pas se laisser abuser par un discours parfois corporatiste d'un certain nombre de représentants de la profession médicale. », souligne-t-il, laissant entendre que la jeune génération pourrait bien se laisser tenter.

Reste le chantier du tiers payant généralisé. Ils assurent s'y atteler... « On travaille à leur proposer des solutions simples, car les médecins sont là pour faire du travail médical, pas du travail administratif », assure Thierry Beaudet qui, en revanche fait valoir le droit de son secteur à être identifié : « la réalité des deux financeurs doit être respectée. »

Source : [Legeneraliste.fr](http://legeneraliste.fr)

- See more at: [http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/05/28/guillaume-sarkozy-malakoff-mederic-et-thierry-beaudet-mgen-reclament-de-contractualiser-avec-les-medecins\\_269576#sthash.uZJLOJ0M.dpuf](http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/05/28/guillaume-sarkozy-malakoff-mederic-et-thierry-beaudet-mgen-reclament-de-contractualiser-avec-les-medecins_269576#sthash.uZJLOJ0M.dpuf)

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

## **Lourdement déficitaire, la LMDE officiellement adossée à l'assurance-maladie**

Sophie Martos

| 28.05.2015

La LMDE est officiellement adossée au régime général de l'assurance-maladie. L'assemblée générale de la principale mutuelle étudiante (920 000 affiliés), en grande difficulté financière depuis deux ans, a voté en faveur de ce plan de sauvetage.

L'accord conclu entre l'assurance-maladie et la LMDE prévoit que la mutuelle conservera la « *maîtrise de l'affiliation des étudiants* » lors des inscriptions à l'université ainsi que son activité de prévention (infections sexuelles transmissibles, addictions, problèmes psychologiques etc.), tandis que l'assurance-maladie se chargera de la directement de l'ouverture des droits aux versements des prestations, incluant le suivi de la carte Vitale et la relation client. Ce nouveau modèle de gestion sera opérationnel dès le 1er octobre 2015, date de rentrée des universités.

Objectif : améliorer la qualité de service

« *L'assurance-maladie prend dix engagements pour améliorer la qualité de service* », explique Nicolas Revel, son directeur général. La CNAM garantit une procédure d'inscription sans rupture de droits, sans pertes d'informations, des remboursements de soins en moins de 7 jours, un accès au compte Ameli ou encore des réponses par e-mail en moins de 48 heures (jours ouvrés). Le temps d'attente moyen au téléphone sera de 2 minutes trente, garantit encore la CNAM...

Ces engagements étaient très attendus après la publication d'un rapport accablant, de la Cour des comptes en 2012 et celui du Défenseur des droits en mai 2015. Un centre unique de gestion sera ouvert pour les étudiants, quel que soit leur lieu de résidence. « *Il permettra de rendre transparent tous les événements qui peuvent être liés à un changement d'université, de résidence* », ajoute Eric Le Boulaire, directeur délégué aux opérations de la CNAM. « *Nous avons travaillé pour assurer d'ici le 1er octobre la reprise de l'intégralité des dossiers en stock, évalué à plus de 1,5 million, ce qui nous permettra de traiter les dossiers complexes, les réclamations* », poursuit Eric Le Boulaire.

Une cellule de conciliation va être mise en place pour traiter les cas les plus complexes. La gestion des dossiers (immatriculation, gestion des droits, feuilles de soins électroniques...) va être prise en charge par un nombre limité de caisse primaire. « *Elles ont été choisies là ou sont concentrées les effectifs importants de la LMDE* », indique-t-il. Les sites de Poitiers, Rennes et Créteil ont été retenus.

La CNAM reprend plus de 450 salariés

Entre 460 et 480 salariés rejoindront les bancs de l'assurance-maladie et caisse générale de Sécurité sociale dès juin, a annoncé Nicolas Revel. L'assurance-maladie intégrera seulement les salariés de la LMDE en charge des activités de gestion du régime obligatoire étudiants qui lui sont transférés. Ils garderont ancienneté, rémunération et qualification. « *Une centaine de salariés en CDI* » resteront à la mutuelle des étudiants pour les activités de prévention et complémentaire, a expliqué Anne-Marie Cozien, administratrice provisoire de la LMDE.

Source : [Lequotidiendumedecin.fr](http://Lequotidiendumedecin.fr)

Retour à [DIVERS](#)

## **Tiers payant généralisé : les complémentaires santé planchent dès lundi sur une solution technique**

[Anne Bayle-Iniguez](#)

| 28.05.2015



Crédit : PHANIE Zoom

Les trois principales fédérations de mutuelles (FNMF), d'institutions de prévoyance (CTIP) et d'assureurs (FFSA) se réunissent pour la première fois lundi 1er juin afin de plancher sur la création du dispositif technique permettant la généralisation du tiers payant, mesure la plus polémique du projet de loi santé adopté mi-avril à l'Assemblée.

La réforme prévoit que cette solution technique soit présentée dans un rapport transmis à la ministre de la Santé au plus tard le 31 octobre 2015, pour entrer en application dans les cabinets médicaux au 1er janvier 2017.

Liberté des professionnels garantie

Lors d'une conférence de presse organisée ce jeudi par l'Association des journalistes de l'information sociale (AJIS), Guillaume Sarkozy, délégué général de l'assureur Malakoff Médéric, a indiqué être « *confiant* » dans la réussite du projet et du respect du calendrier. « *Nous allons simplifier la vie des professionnels de santé* », a-t-il assuré.

Partageant la même philosophie, le président du groupe MGEN Thierry Beaudet, par ailleurs vice-président de la Mutualité française (FNMF), a rappelé les « *trois principes* » sur lesquels se fondent les complémentaires pour élaborer l'outil : « *la liberté des professionnels de santé, la garantie de paiement obtenue grâce à la reconnaissance automatique des droits du patient, la simplicité de la solution* ».

Pas payeur aveugle

Soucieux d'assurer sa position sur le dossier vis-à-vis de l'assurance-maladie, Thierry Beaudet a également précisé que les complémentaires ne transigeraient en aucun cas sur un point : que « *la réalité des deux financeurs* [régimes obligatoire et complémentaire, NDLR] *soit reconnue* ».

Sortis du bois en février dernier sous la forme d'une association, les complémentaires avaient détaillé dans un plan commun leur calendrier d'actions et les différents critères à respecter pour mener les travaux à bien. En plus des points évoqués par Thierry Beaudet, l'association s'est engagée sur les délais de paiement et une assistance aux professionnels de santé.

Source : [Lequotidiendumedecin.fr](http://Lequotidiendumedecin.fr)

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

## **Les députés ouvrent la voie à la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles**

PARIS, 29 mai 2015 (APM) - Les députés ont adopté jeudi soir un amendement permettant la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies d'origine professionnelle, dans le cadre de l'examen du projet de loi sur le dialogue social.



L'Assemblée nationale a achevé dans la nuit de jeudi à vendredi l'examen de ce texte, soumis à un vote solennel mardi 2 juin après-midi.

Présenté le 22 avril en conseil des ministres, ce texte vise notamment à simplifier les obligations d'information, de consultation et de négociation dans l'entreprise, à adapter les institutions représentatives du personnel (IRP) en clarifiant leur rôle, et prévoit des mesures pour soutenir l'emploi comme la prime d'activité pour les jeunes.

Les députés ont adopté deux amendements identiques, présentés respectivement par Benoît Hamon (PS, Yvelines) et le groupe socialiste d'une part, et le gouvernement d'autre part, permettant de reconnaître les pathologies psychiques comme étant d'origine professionnelle, via l'examen d'un dossier par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sur avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

"Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire", prévoit l'amendement.

"Cette prise en compte du syndrome d'épuisement professionnel (SED: désigné aussi sous le terme polysémique de burn-out) se fera dans un premier temps en l'absence de tableau de maladie professionnelle dont la création est en réflexion et via le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles", précisent les députés socialistes dans l'exposé des motifs.

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, François Rebsamen, a souligné que les maladies psychiques liées au travail, dont le syndrome d'épuisement professionnel, constituaient "une réalité".

Il a toutefois relevé que ce syndrome n'était "pas officiellement classifié comme une maladie par les experts" et s'est déclaré "réservé sur l'idée qu'il suffirait de reconnaître ce syndrome en l'inscrivant comme maladie professionnelle".

François Rebsamen a annoncé l'évolution de la composition des CRMPP afin d'intégrer des psychiatres lorsqu'ils seront appelés à se prononcer sur les cas d'épuisement professionnel.

Il a insisté sur la nécessité de miser davantage sur la prévention de ce type de pathologies, et annoncé que cette orientation serait au coeur du Plan santé au travail dont la présentation aura lieu courant juin.

Les députés ont par ailleurs voté un amendement de Benoît Hamon cosigné par le groupe socialiste, prévoyant la remise d'un rapport au Parlement avant le 1er juin 2016 sur "l'intégration des affections psychiques dans le tableau des maladies professionnelles ou l'abaissement du seuil d'incapacité permanente partielle pour ces mêmes affections".

Actuellement, la procédure alternative permettant la reconnaissance d'une pathologie professionnelle par le CRMPP suppose de justifier d'un taux prévisionnel de 25% d'IPP. Or la dépression se situe "entre 10 et 15% d'IPP" quand une main arrachée correspond à 20% d'IPP, précisent les députés dans l'exposé des motifs.

Début décembre 2014, une trentaine de députés avaient réclamé la reconnaissance du "burn-out" comme pathologie professionnelle (cf APM VG1NG9TAL).

#### SIMPLIFICATION DU COMPTE DE PREVENTION DE LA PENIBILITE

Les députés ont par ailleurs adopté une série d'amendements du gouvernement mettant en oeuvre les mesures de simplification du compte pénibilité annoncées mardi par le Premier ministre, Manuel Valls, sur la base des recommandations du député Christophe Sirugue (PS, Saône-et-Loire), du chef d'entreprise Gérard Huot et du conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes Michel de Virville (cf APM VG6NP014N).

Créé par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, le compte de prévention de la pénibilité avait déjà été simplifié une première fois au travers de ses décrets d'application, qui avaient fait l'objet d'une concertation préalable sous l'égide de Michel de Virville (cf APM VGRJA002). Il permet aux salariés de cumuler des points pour financer des formations leur donnant accès à des emplois moins pénibles, réduire leur temps de travail ou partir en retraite de manière anticipée.

Un an et demi après son adoption par le Parlement, ce dispositif a donc été modifié sur deux principaux points:

A la demande du gouvernement, les députés ont décidé que l'employeur ne pourrait pas être mis en cause "pour non-respect de ses obligations en matière de santé et de sécurité au travail du seul fait qu'il déclare l'exposition d'un travailleur au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité".

Par ailleurs, ils ont décidé de réduire de trois à deux ans le délai de prescription de l'action du salarié en vue de l'attribution de points, et réduit de cinq à trois ans le délai de contrôle des caisses sur l'attribution de ces points, conformément aux préconisations du rapport Sirugue-Huot-de Virville qui invoquaient un besoin de sécurisation juridique pour les employeurs.

Enfin, les députés ont voté, à la demande du gouvernement, la possibilité de réduire l'assiette des cotisations des employeurs permettant de financer le compte pénibilité, assise sur les salaires versés aux personnes exposées aux facteurs de pénibilité et fixée par décret.

vg/cb/APM polsan

Retour à [POLITIQUE](#)

## Les jeunes MG, contre les dépassements d'honoraires et pour un secteur unique



La publication des résultats de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, mettant en avant une augmentation de 7,7 % des dépassements chez les spécialistes alors qu'ils sont très peu nombreux chez les généralistes, incite le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) à relancer son idée de secteur conventionnel unique.

"Cette étude arrive à point nommé pour contrebalancer l'autosatisfaction exprimée le mois dernier par le directeur de l'Assurance Maladie, lequel en choisissant de mettre plutôt en avant une minime baisse des pourcentages de dépassement chez les médecins en secteur 2 réalise pour le compte de Madame Touraine une opération de communication qui fait flop", tacle le SNJMG dans un communiqué. Le syndicat y fustige l'absence de volonté politique réelle de la ministre de la Santé "dans un dossier pourtant présenté comme emblématique à son arrivée avenue de Ségur".

"Le contrat d'accès aux soins (CAS) se révèle n'être qu'un miroir aux alouettes pour l'opinion publique, car loin de faire disparaître les dépassements d'honoraires il les banalise", ajoute le syndicat en insistant sur le fait que les médecins généralistes exercent à 93,8 % en secteur 1.

Les modalités d'accès au secteur 2 ou au CAS, sur titres hospitaliers, sont qualifiées de "hiérarchie factice" et ne sont en tout cas pas de bons indicateurs de la qualité pour la Médecine Générale, ajoute le syndicat, qui milite pour "la seule solution acceptable pour les patients et équitables pour les médecins : la refonte des secteurs conventionnels en un secteur unique revalorisé".

Egora.fr

Retour à [RELATIONS AVEC LES TUTELLES](#)

## La Cour des comptes presse l'État de régler la facture AME à la Sécu



Dans son rapport sur le budget de l'Etat, la Cour des comptes insiste une nouvelle fois pour que, dans le cadre des crédits de la mission santé, l'Etat budgète enfin sa dette contractée auprès de la CNAM au titre de l'aide médicale d'État (AME).

Fin 2014, cette dette atteignait 57,3 millions d'euros (M€), en croissance de 11% depuis 2013, souligne la cour. Il est vrai que l'an dernier, la forte augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME a, comme en 2013, "entraîné la dérive des dépenses de l'AME de droit commun". D'où d'ailleurs l'ouverture de 155,1 M€ en crédits supplémentaires *via* la loi de finances rectificative (LFR) du 29 décembre dernier. Mais "comme en 2013, ces crédits supplémentaires ont été calibrés au plus juste, sans tenir compte de la dette déjà accumulée par l'État à l'égard de la CNAM, constate la cour. Ils se sont même révélés insuffisants à couvrir les dépenses de l'exercice" (+6 M€ entre le montant affiché en LFR et le montant final), engendrant *de facto* une nouvelle poussée de cette dette.

La Cour regrette par ailleurs, que pour faire face à "l'insuffisance récurrente" des crédits AME, toutes les autres lignes budgétaires du programme 183 de la mission santé dont relève l'AME "sont progressivement réduites voire annulées". Un "désengagement progressif de l'Etat" qui s'illustre par la disparition, dans la loi de finances 2014, du fonds lié à la couverture maladie universelle (CMU) et par l'annulation de la dotation de l'État au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIV), et sa "sous-budgétisation manifeste" en loi de finances 2015. Or "ces évolutions de périmètre ne suffisent pas à résoudre les difficultés provoquées par la croissance des

dépenses d'AME, auxquelles la croissance de la dette vis-à-vis de la CNAM devient la réponse récurrente", s'offusque la cour. Une dette qui, au passage, n'a pas non plus été budgétée en loi de finances 2015 où la budgétisation des crédits nécessaires pour couvrir les dépenses de l'AME en 2015 a été "de nouveau très optimiste", aux dires de la cour.

[Avec [Hospimedia.fr](http://Hospimedia.fr)]

egora.fr

Retour à [ÉCONOMIE](#)

## Dans la presse

### Dans la presse mardi

PARIS, 26 mai 2015 (APM) -

POLITIQUE DE SANTE

- Le projet de "salle de shoot" dans le 10ème arrondissement de Paris est déplacé de 200 mètres à l'hôpital Lariboisière (Le Monde, p9; Les Echos brève, p13; Libération, p15; Le Parisien brève, p11 et p1; L'Humanité, p15; La Croix, p7; 20 Minutes brève, p4)

- Le juge face au délicat contentieux de la fin de vie (La Croix, p13-15)
- Le burn-out, dossier brûlant (Les Echos, p12; Libération, p2-5)
- Réunion mardi au ministère de la santé pour préparer la mise en oeuvre de l'amendement au projet de loi de santé selon lequel "nul ne peut être exclu du don du sang en raison de son orientation sexuelle" (Le Parisien brève, p11)
- Tous les salariés auront une complémentaire santé à partir du 1er janvier 2016 (Le Figaro, p32)
- Les Français seront moins bien remboursés. De nombreuses assurances santé revoient à la baisse leurs remboursements (Le Figaro supplément patrimoine, p33)
- L'Europe perturbée par les hormones. La commission a enterré son projet de réglementation des perturbateurs endocriniens (Le Monde chronique, p26)
- Manuel Valls prêt à tout pour changer le compte pénibilité (Les Echos, p5; L'Opinion, p1)
- Le billet de Flavilla: le discours de la directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, est une autocritique radicale de la manière dont l'institution a géré Ebola (Les Echos billet, p9)

#### ETABLISSEMENTS / SOINS DE VILLE

- Une aide-soignante de CHU de Lille mise en examen pour tentative d'homicide et empoisonnement (La Croix brève, p7)
- Temps de travail: les actions se poursuivent à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) (L'Humanité, p14)

- Opération portes ouvertes dans les hôpitaux de Paris (Libération, p15)
- A l'hôpital Bichat, les "chambres Ebola" sont des bunkers antivirus (Le Parisien, p14)

## ENTREPRISES

- Dietplus: l'entreprise qui veut faire grossir son réseau minceur (Les Echos, p25)

## SANTE/MEDECINE

- Vers un traitement qui s'attaque aux causes de la mucoviscidose (Le Figaro, p9)
- Grippe: les médecins s'inquiètent de la perte de confiance dans le vaccin (La Croix, p7); la grippe a contribué à une surmortalité hivernale record cette année (L'Humanité brève, p15)
- Les vaccins à la peine, le Pr Henri Joyeux, ancien oncologue et chirurgien digestif, fait un tabac sur le net avec une vidéo "anti-vaccins" (Libération, p15)
- L'ambrosie cauchemar des allergiques devrait quadrupler en Europe d'ici à 2050 (Le Parisien, p11)
- Le sport bénéfique à tout âge (L'Humanité, p2)
- Apprendre la médecine dans le respect des patients (La Croix, p16)
- Sierra Leone et Guinée toujours en lutte contre le virus Ebola (Le Figaro brève, p9)
- Vague de chaleur en Inde, plus de 500 morts (Le Figaro brève, p9)



## ADDICTION

- De la morphine sans pavot? (L'Humanité, p2)

## ENVIRONNEMENT

- Lever le pied à Paris pour mieux respirer. La mairie souhaite étendre les zones limitées à 20 et 30 km/h dans tout l'hypercentre et plusieurs secteurs (Libération, p17)
- Les citadins aussi s'intoxiquent au mercure contenu dans le poisson (La Croix, p17)

## **Dans la presse mercredi**

PARIS, 27 mai 2015 (APM) -

## POLITIQUE DE SANTE

- Le pilotage des dépenses se tend, bien qu'il n'y ait pas d'alerte à court terme sur le respect de l'objectif 2015 des dépenses d'assurance maladie (Les Echos, p4)
- Complémentaires santé: le grand rush. D'ici au 1er janvier 2016, les entreprises doivent choisir un contrat collectif (Le Figaro, p21 et 24)

- Médecine du travail: un rapport, publié hier par le gouvernement, préconise que la visite d'aptitude ne reste systématique que pour les salariés occupant des postes à risque et suggère d'espacer les visites obligatoires (Le Parisien, p8)
- Pour Benoît Hamon, le burn-out est une maladie professionnelle (Le Monde, brève p10; Le Parisien, brève p9; 20 Minutes, p12)
- Les cinq organisations syndicales de la fonction publique adressent une lettre à François Hollande pour l'alerter sur la dégradation des conditions d'exercice des agents de la fonction publique (L'Humanité, brève p11)
- La couverture des frais médicaux aux Etats-Unis va dépendre de décisions de la Cour suprême (The Wall Street Journal, p10)
- Pékin veut réformer la fixation des prix des médicaments et le financement de la santé, mais les analystes craignent des énormes trous dans les budgets des hôpitaux (Financial Times, p2)

#### ETABLISSEMENTS / SOINS DE VILLE

- Les syndicats de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont appelé à une nouvelle grève massive jeudi contre le projet de réorganisation du temps de travail présenté par le directeur général, Martin Hirsch (Les Echos, brève p2; Le Figaro, brève p22; Le Parisien, brève p10; Libération, brève p13; 20 Minutes, brève p12); 35 heures à l'hôpital: l'opération déminage de Martin Hirsch tourne court (Le Parisien, pl)
- Les cliniques, nouvel eldorado des investisseurs. Soumis à une conjoncture délicate, les établissements se regroupent. Déjà présents chez les leaders, les fonds d'investissements interviennent désormais dans les groupes plus modestes (Les Echos, p20)
- Le CHRU de Lille privilégie la co-conception pour ses nouvelles chambres; l'Union sanitaire et sociale Aude/Pyrénées orientales (Ussap), qui regroupe une centaine d'établissements, prévoit de lancer un marché européen de conception-réalisation sur le centre hospitalier de Perpignan (Les Echos Entreprises et collectivités, brève p4)

- L'association Sparadrapp lance un concours de trombinoscopes auprès de tous les établissements de soins accueillant des enfants dans plusieurs pays européens pour que les familles se sentent mieux en connaissant le visage des médecins (La Croix, brève p16)

## ENTREPRISES

- Par le nombre de brevets déposés, la pharmacie et la biopharmacie ont été en 2014 le secteur le plus actif derrière l'agroalimentaire (Le Figaro, brève p23)

- Analyse un an après l'échec de la tentative de Pfizer de racheter AstraZeneca (Financial Times, p13)

- Suresh Kumar, américain et d'origine indienne, ancien membre de l'administration Obama en charge du commerce, devient le vice-président exécutif des affaires externes de Sanofi (Le Figaro, brève p24)

- La société de biotechnologie Abivax met en avant l'innovation cubaine en matière de médecine (Financial Times, p14)

- AB Science a obtenu un nouveau brevet aux Etats-Unis dans le traitement de l'asthme, ce qui a dopé son action en Bourse (Le Figaro, brève p25)

- Biolog-id, une PME de Bernay (Eure), trace les poches de plasma depuis les centres de collecte jusqu'au Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB), qui en assure la transformation en médicaments (Les Echos, p21)

- Jérick Develle, l'ex-dirigeant de Quick Medical Service, devenu Adecco Medical, devient directeur marketing, innovation et communication du groupe en France (Le Figaro, brève p23)

## SANTE/MEDECINE

- Plus de 220 centres de dépistage des cancers de la peau seront ouverts gratuitement jeudi à l'occasion de la 17ème Journée de prévention et de dépistage de ces cancers (L'Humanité, brève p2 et 15)
- Sclérose en plaques: comment parler de la maladie aux enfants? (Le Parisien, p13)
- Enfants malades: quand la médecine ne sait pas. Reportage à l'hôpital Necker à Paris (AP-HP), où médecins et généticiens tentent de poser un diagnostic sur des milliers de maladies inconnues et doivent faire face à des familles désemparées (Libération p14-15)
- Un groupe fromager suédois a annoncé mardi le rappel de 750 kg de fromage français, venant du Jura. Il y aurait une suspicion de listeria (20 Minutes, brève p12)
- Les hôpitaux américains allongent de 24 heures la période d'observation pour éviter les complications (The Wall Street Journal, p11)
- Les hommes sont plus susceptibles de développer des calculs rénaux que les femmes, selon une étude américaine (The Wall Street Journal, p25)

## RECHERCHE

- Non seulement les capacités du cerveau ne déclinent pas systématiquement avec la vieillesse, mais elles peuvent même s'améliorer au long de l'existence selon une étude américaine (Le Figaro, p11)
- Le cerveau rajeuni par une greffe de neurones embryonnaires. Des souris adultes ont retrouvé une plasticité cérébrale juvénile, et une vision normale, après une transplantation neuronale (Le Monde Science & Médecine, p2)
- Neurobiologie: corrélation entre infection et baisse du QI (Le Monde Science & Médecine, brève p3)

- La dépression, facteur de risque de mortalité chez les cardiaques (Le Monde Science & Médecine, brève p3)
- Psychologie: lourds soupçons de fraude sur une étude publiée dans Science (Le Monde Science & Médecine, brève p3)
- Margaret Lock: "En santé, il y a un lien entre nature et culture". L'anthropologue plaide pour la prise en compte des sciences sociales dans l'élaboration des politiques sanitaires (Le Monde Science & Médecine, p7)
- La 3D au service de l'innovation médicale: un laboratoire russe va procéder à la greffe, sur des souris, d'une glande thyroïde imprimée en trois dimensions. L'expérimentation humaine suivra en cas de succès (Le Figaro, supplément Rossiyskaya Gazeta, p1)

#### ADDICTION

- La "salle de shoot" ouvrira dans un bâtiment de l'hôpital Lariboisière (AP-HP) à Paris, et non pas boulevard de la Chapelle comme prévu initialement (Le Figaro, p10)

#### ET AUSSI...

- La mère de Vincent Lambert, ce tétraplégique de 38 ans, demande une entrevue à François Hollande pour plaider sa cause. La justice se prononcera le 5 juin (Le Parisien, p13)
- Le zoo de Vincennes ouvre ses coulisses aux enfants malades (Le Parisien, p14)

#### **Dans la presse médicale mercredi**

PARIS, 27 mai 2015 (APM) -

## QUE CHOISIR SANTE

- Comment manger méditerranéen, Une et p4 à 7- La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), des primes très discutables, édito p2- Ibuprofène: à forte dose, un risque cardiovasculaire accru, p2- Index glycémique: le lien avec l'usage de baguettes, p2- Cancer de la prostate localisé: surveillance active rime avec bonne qualité de vie, p3- Iatrogénie médicamenteuse: les labos se parent de vertu, p3- Indemnisation des accidents médicaux: des montants à revoir, p3- Témoignage: "Ma grand-mère atteinte d'Alzheimer est plus heureuse grâce au chant", p8-9- Cabines de bronzage: il est urgent d'interdire, p10- Une prise de poids inexplicquée, p11-12- Les médicaments qui exposent à des caries, p13- Quatre trucs pour manger moins, p16

## Dans la presse jeudi

PARIS, 28 mai 2015 (APM) -

## POLITIQUE DE SANTE

- Budget 2014: une maîtrise en trompe-l'oeil. La Cour des comptes reproche au gouvernement l'usage d'expédients pour afficher une baisse des dépenses. La dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale a ainsi augmenté de près de 50 % pour atteindre 368 milliards d'euros (Le Monde, p8; Les Echos, p3; Le Figaro, p22; L'Opinion, p3)

- Fonctionnaires: le gel du point d'indice maintenu (Les Echos, p3; Le Parisien, p7; L'Humanité, p11)

- Santé au travail: Manuel Valls simplifie le compte pénibilité. L'employeur n'aura plus à remplir de fiche individuelle. Le Medef reste très critique (Le Monde, p9); médecine du travail: les visites obligatoires jugées trop fréquentes (Les Echos, p4); le rapport du député PS Michel Issindou bouleverse la médecine du travail (L'Humanité, p10)
- La difficile reconnaissance du burn-out. Le gouvernement veut améliorer la prise en compte des "pathologies psychiques d'origine professionnelle", à travers le projet de loi sur le dialogue social (Le Monde Economie & Entreprise, p6)
- Une plateforme dévolue à la médecine 2.0 adoptée par le Conseil de Paris (Le Parisien, Cahier Paris, pII)
- La France tente d'augmenter le nombre de sorties précoces de maternité; au CHU de Nantes, les sorties précoces sont plébiscitées par les mamans (Le Figaro, p12)

#### ETABLISSEMENTS / SOINS DE VILLE

- Durcissement du conflit en vue à l'AP-HP. Une grève est prévue jeudi contre la réorganisation du temps de travail (Le Monde, p10; Le Parisien, p8; La Croix, p10); faibles conséquences de la grève dans les services (Le Parisien, Cahier Paris, pIII); à l'AP-HP, on ne lâche pas face à Martin Hirsch (Libération, p16); l'opération séduction d'Hirsch fait pschitt (L'Humanité, p10)
- Philippe Martinez tente de s'imposer dans une CGT toujours en crise. La centrale a accumulé les revers électoraux dans ses bastions. L'éviction de Nathalie Gamiochipi de la direction de la fédération de la santé, le 27 mars, a été un sévère camouflet pour son compagnon Philippe Martinez (Le Monde, p10)

#### ENTREPRISES

- Les entreprises européennes de biotechnologies regardent vers Wall Street (The Wall Street Journal, Une et p17)

- Le fonds Cinven rachète le groupe européen de laboratoire d'analyses médicales Labco pour 1,2 milliard d'euros (Financial Times, p14; Les Echos, p15)

## SANTE/MEDECINE

- Malgré de nets progrès, 795 millions d'humains souffrent encore de la faim. Selon le rapport annuel des Nations unies, la situation reste critique en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (Le Monde, p7; 20 Minutes, p8; Les Echos, p7; Le Figaro, p23)

- Antiépileptiques: l'agence du médicament (ANSM) va encadrer davantage la prescription (Les Echos, p19); durcissement des conditions de prescription de Dépakine\*(Le Figaro, p12); pas de Dépakine\* pour les femmes enceintes (Le Parisien, p10)

- La vache folle devient un "risque négligeable" (20 Minutes, p8)

- Il faut lever le pied sur la caféine. Selon l'Agence européenne pour la sécurité des aliments (Efsa), boire plus de quatre expressos par jour pourrait être nocif pour la santé (20 Minutes, p9; Les Echos, p15; Le Figaro, brève p12; Le Parisien, p10) RECHERCHE

- Des chercheurs découvrent le "talon d'Achille" d'Ebola (Le Figaro, brève, p12; L'Humanité, p2)

## ADDICTION

- Un trafic de drogue démantelé en Bretagne (Le Monde, brève p13)

- Les collégiens et les lycéens vapotent mais fument moins (Le Parisien, Cahier Paris, p1)

## ENVIRONNEMENT



- Paris propose une généralisation des "zones 30". Pour réduire le bruit et la pollution, la mairie veut limiter la vitesse dans 90% de la capitale d'ici à 2020 (Le Monde, p7)
- 1.100 personnes sont mortes en Inde à cause de la vague de chaleur que connaît actuellement le pays. Les températures sont montées jusqu'à 48°C (Libération, brève p10)
- Du "Non aux OGM" au "Oui peut-être" ? Tribune d'Hervé Lejeune, ancien sous-directeur général de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (La Croix, p25)

#### ET AUSSI...

- Migrants: un "risque d'épidémie" dans un campement parisien (Le Figaro, brève p9; Le Parisien, Cahier Paris, pIII)
- Une Allemande de 65 ans a donné naissance à des quadruplés. Deux d'entre eux sont en grand danger (Le Parisien, p10)
- L'histoire de l'homéopathie inventée par un médecin saxon. Le livre d'Olivier Faure sur cette médecine alternative sort en librairie (Libération, Livres, pVI)

#### PARIS MATCH

- Des abeilles dressées détectent un cancer en moins de 10 minutes, p101-102- Greffe de foie: entretien avec le Pr Karim Boudjema, chef du service de chirurgie hépatobiliaire au CHU de Rennes, sur le prélèvement partiel chez un donneur vivant, p120- Cancer du pancréas: incidence de l'ensoleillement, p120- Le label "Gault et Millau" décerné à la clinique La Louvrière, à Lille, brève p120- Anti-Alzheimer: exercice et thé vert?, brève p120

## L'OBS

- L'épuisement professionnel est en passe d'être reconnu par le droit français, brève p18- Toujours plus de dépassements d'honoraires, infographie p20- Deux cafés par jour pour éviter les pannes d'érection, brève p20- Dossier "La Junk Food déguste"; "le sucre, ce vilain petit canard", p28-38- Népal, le business des ventres à louer, p59-62

## L'USINE NOUVELLE

- Novartis invente le hackaton du diabète, p13- Kyomed joue l'intégrateur dans l'e-santé, p18- Santé: le diabète lab donne la parole aux patients, brève p20- Mesure: l'empreinte digitale révèle la présence de cocaïne, p21- Robotique: un bras souple pour la chirurgie, brève p21- Trophées des usines: prix spécial du jury pour "le pari dengue de Sanofi Pasteur", p33- Objets connectés: sécuriser l'utilisation des données personnelles, p53

## CAPITAL

- Hôpitaux, que d'économies possibles, p28-29 - La réforme absurde: moins de régions, plus de dépenses, p94-96

## CHALLENGES

- Le tarif mensuel d'une maison de retraite est de 4.430 euros à Paris et 2.690 euros à Toulouse, brève p13

## L'EXPANSION

- La concurrence sur Viagra\* handicape Pfizer sauf en Chine, brève p17- Ces sites qui veulent casser les prix dans la santé, p40- Trophées du management et de l'innovation: prix spécial du jury pour l'armée française et son "plasma maison", p72

## LE POINT

- Recul des particules PM10 en Ile-de-France, brève p22- La caféine résout les problèmes d'érection, brève p22- Décès de Christian Nezelof, de l'Académie de médecine, brève p24

## Dans la presse vendredi

PARIS, 29 mai 2015 (APM)

### POLITIQUE DE SANTE

- AP-HP: Martin Hirsch joue l'ouverture avec les grévistes (Les Echos, p2; Le Parisien brève, p8); 35 heures à l'hôpital: le conflit s'enlise (Le Parisien, pIV); "On a besoin de nos RTT pour récupérer" (L'Humanité, p9); Marisol Touraine "autopiégée" (Les Echos éditorial, p7)
- Burn-out, la maladie ne sera pas inscrite au tableau des maladies professionnelles mais les cas les plus graves pourront être reconnus via des comités dédiés (Les Echos, p3, L'Humanité brève, p11)
- LMDE: comment l'assurance maladie veut améliorer la qualité de service (Les Echos, p27); les 10 promesses faites aux étudiants (Le Parisien brève, p10); le fabuleux destin des salariés de La Mutuelle des étudiants (L'Opinion, p1)
- Les complémentaires face à un "carcan réglementaire" (L'Opinion, p4)
- La vraie fausse baisse des dotations de l'Etat aux collectivités locales (Le Parisien, p8); baisse des dotations: Manuel Valls reste ferme

face aux maires (Le Figaro, p26); Manuel Valls promet un milliard d'euros face à la crainte des maires de voir leurs investissements baisser de 25% (Les Echos, p4)

- François Hollande défend la réforme territoriale (Le Figaro brève, p6); un collectif citoyen conteste la loi sur les nouvelles régions. Le Mouvement Franche-Comté, rejoint par des collectifs alsaciens, a déposé une requête (Le Monde, p9)

- Fonction publique : le dégel du point d'indice n'est pas à l'ordre du jour (Le Monde brève, p8)

#### ETABLISSEMENTS / SOINS DE VILLE

- Un centre pour les jeunes malades d'Alzheimer à Cesson (Seine-et-Marne) (Le Parisien, p13)

#### ENTREPRISES

- Diabète: Sanofi investit 75 millions d'euros dans la production d'une nouvelle insuline (Les Echos brève, p19)

- Le laboratoire d'analyses médicales Labco est racheté 1,2 milliard d'euros par le fond Cinven (Le Figaro, p27; Le Monde Eco & Entreprise p5)

- Les laboratoires Teva acceptent de payer 1,2 milliard de dollars pour leurs pratiques anticoncurrentielles sur le marché des génériques (Financial Times, p12)

#### SANTE/MEDECINE

- Un dispositif chirurgical produit par Johnson & Johnson pourrait être à l'origine de cancers chez des femmes, le FBI enquête (The Wall Street Journal, p6)

- L'immunothérapie: la révolution anticancer (Le Parisien, p2-3)
- Campagne de désinformation sur les vaccins: une pétition signée par 470.000 personnes avance des arguments infondés contre les dangers de la vaccination (Le Figaro, p13)
- Vitaros\* (Laboratoires Majorelle): la crème qui veut concurrencer Viagra\* (Le Parisien, p13)
- Une application australienne permettrait aux couples de surveiller la croissance des embryons in vitro (The Wall Street Journal, p18)
- Cette révolution qui attend les médecins, tribune du médecin ophtalmologiste François Pelen (Les Echos, p10)
- L'armée mobilisée face aux blessures psychiques. Au GIGN comme pour les opérations extérieures, le diagnostic du stress post-traumatique est systématisé (Le Monde, p9)

#### RECHERCHE

- Amnésie: des chercheurs réactivent la mémoire perdue d'une souris grâce à la lumière (Le Parisien, p13)

#### ET AUSSI...

- Sortie du Que sais-je de Philippe Zawieja "Le burn-out" (Les Echos critique littéraire, p9)
- L'ONU juge possible l'objectif "faim zéro" (La Croix brève, p16)
- Réanimation "miracle" d'un adolescent sorti du coma après avoir été bloqué 43 minutes sous l'eau (Le Figaro, p13)

## Dans la presse médicale vendredi

- La vente des objets connectés, éditorial p3- PharmaVie offre une peluche aux enfants hospitalisés, p6- Génériques: pour savoir si vous touchez la juste prime, p8-9- Hausse des agressions verbales et des cambriolages en officine, p10- Un amendement pour la reconnaissance du burn-out, brève p12- 7,6 milliards d'euros de dépassements d'honoraires en 2014, brève p12- Daniel Paguessorhaye devient président de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), brève p12- La commission des comptes de la sécurité sociale se réunit le 8 juin pour se prononcer sur les comptes 2014, brève p12- La fusion des unions régionales des professionnels de santé (URPS) est actée, p12- Semaine du diabète, quelle place pour le pharmacien, p14- De nouveaux outils contre l'apnée du sommeil, brève p14- La semaine nationale de détection de l'hémochromatose aura lieu de 1er au 8 juin, brève p14- Des pollens de plus en plus présents dans l'air, brève p14- Renforcement des conditions de prescription pour le valproate de sodium, p16- Galvus\* désormais remboursé à 65%, brève p16- l'ibuprofène à hautes doses peut provoquer des AVC, brève p16- L'augmentation du risque cardiovasculaire de la testostérone pas confirmé, p17- La caféine diminue la dysfonction érectile, p17- Bemfola\*, pour la stimulation ovarienne, p18- Tout sur le Roféron-A\*, p21- Enquête: comment les pharmaciens perçoivent-ils les objets connectés?, p22-25- Les clés pour s'adapter aux mutations de l'environnement de l'activité, p26-28- Les campagnes publicitaires de juin, p30-31- Anticiper son départ en retraite, p32- Questions de comptoir: manque d'acide urique, antiparasitaire pour nourrisson, pancréas artificiel, toxicité de l'agaric jaunissant, p49- Supplément: "Les indispensables du conseil printemps-été"

Retour à [REVUE de PRESSE](#)