

## Accès aux soins:

**Le Monde**

28 juin 2011

### **Fermeture d'un centre d'accueil d'urgence à Paris Le SAMU social dénonce le désengagement de l'Etat en matière de logement des plus démunis**

Chaque semaine, Julia Peker se rend au centre d'hébergement d'urgence Yves-Garel, dans le 11<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Là, loin de son univers, le temps d'une soirée, la jeune philosophe devient bénévole auprès de personnes en grande difficulté, envoyées par le 115, le numéro d'urgence des sans-abri.

Jeudi 30 juin, ce centre fermera définitivement ses portes. Un scandale pour la jeune femme : *" 57 hommes et 38 femmes sont accueillis ici chaque jour de 19 heures à 11 heures, explique Julia Peker. Il paraît que les 57 places réservées aux hommes seront reconstituées dans le 15<sup>e</sup> arrondissement, mais rien n'est prévu pour les femmes. "*

Yves-Garel est l'un des deux centres d'hébergement d'urgence, gérés par le SAMU social de Paris, et le seul ouvert aux femmes isolées. Outre ses 57 lits, quelques places sont disponibles dans des lieux tenus par des associations humanitaires ou dans des hôtels meublés. Mais ses rares lits sont souvent occupés prioritairement par des femmes avec enfants et quasiment toujours saturés.

Au total, tout type d'hébergement confondu, 1 700 places seraient proposées à Paris pour accueillir une population féminine (avec ou sans enfants) en augmentation.

Selon une étude de la Ville de Paris de novembre 2010, la part des femmes ayant appelé le 115 est passée de 13,3 % en 1999 à 16,7 % en 2009.

En raison de sa vétusté et d'une opération urbaine, la destruction du centre Yves-Garel était programmée depuis deux ans. Le SAMU social de Paris, qui est financé à 92 % par l'Etat, affirme avoir travaillé sur plusieurs solutions de remplacement. *" Aucune n'a été retenue par notre autorité de tutelle pour des raisons budgétaires "*, explique Stefania Parigi, sa directrice.

#### **Enveloppe réduite**

En 2011, l'enveloppe du SAMU social pour les nuits d'hôtel, destinées à pallier le manque de place en centre d'hébergement a été réduite de 24 %. *" Benoist Apparu - le secrétaire d'Etat au logement - ne comprend pas l'urgence sociale, dénonce Xavier Emmanuelli, le président du SAMU social. Le gouvernement est sur la ligne du "housing first", c'est-à-dire loger d'abord, pour faciliter l'insertion. Mais que fait-on pour les personnes à la rue, en grande détresse, et qui sont souvent incapable de gérer elles-mêmes un logement de façon autonome ? "*

Pour les associations et plusieurs élus de gauche d'Ile-de-France, la fermeture du centre Yves-

Garel illustre le désengagement de l'Etat en matière d'hébergement et de logement des plus démunis.

Dans un manifeste présenté jeudi 23 juin, ils ont dénoncé " la réduction du nombre de places alors qu'il en manque déjà 13 000 dans la région " et demandé une " répartition territoriale plus équilibrée " des places d'hébergement d'urgence, principalement concentrées à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne.

Dès l'annonce du manifeste, M. Apparou a riposté, " dénonçant une manipulation des élus de gauche ". Jeudi 30 juin, une rencontre est prévue entre le secrétaire d'Etat et les associations signataires.

**Catherine Rollot**

## **Les petites mutuelles contre le secteur optionnel**

le mardi 21 juin 2011

« Au lieu d'organiser un débat global sur la santé, le gouvernement passe la main au secteur assurantiel », regrettent les petites et moyennes mutuelles (PMM) regroupées dans Adpm fédération, qui revendique plus d'une centaine de petites mutuelles et 2 millions d'adhérents.

Elles se désolidarisent ainsi de la position observée par l'assurance maladie et l'Unocam (Union nationale des organismes de protection complémentaire maladie), où siège notamment les organismes d'assurance privée et la Mutualité française. Pour ces organismes, la mise en place du secteur optionnel, aux côtés du secteur 1 et du secteur 2, permettrait de résoudre le problème de l'accès aux soins, mis à mal par l'importance et la concentration des dépassements d'honoraires en secteur 2, dans certaines spécialités et certaines zones géographiques. En souscrivant au secteur optionnel, le praticien à plateau technique lourd (chirurgien, anesthésiste, obstétricien) s'engagerait à pratiquer 30 % au moins du total de ses actes en secteur 1 strict (urgences, CMU). Le dépassement plafonné à 50 % du coût de l'acte clinique (selon un cahier des charges basé sur la transparence et la qualité,) serait pris en charge par les organismes complémentaires. En contrepartie, l'assurance maladie prendrait partiellement à son compte la protection sociale complémentaire de ces médecins, pour la partie de leur activité exercée en secteur conventionné strict.

Selon l'analyse d'Adpm fédération, les mutuelles vont être obligées d'augmenter le montant des cotisations pour pouvoir rembourser le dépassement négocié. **Ce nouveau secteur actuellement en négociation dans le cadre des discussions conventionnelles, sonnerait en outre, le glas du secteur 1, affirme-t-elle.** « Comme pour l'optique ou le dentaire, nous verrons une base de consultation vouée à l'érosion laissant la variable des dépassements prendre l'ascendant », prophétise la fédération.

Adpm imagine en outre qu'à l'avenir, ce dispositif pourrait pénaliser les médecins en les privant des négociations tarifaires avec l'assurance maladie. **« La base de la sécu n'étant plus revalorisée, les praticiens seraient soumis à des négociations de gré à gré avec leurs**

patients et les réseaux de soins », écrit le groupement dans un communiqué, en soulignant « l'urgence » d'un débat définissant ce qui relève de la solidarité nationale, tout en initiant une réflexion sur la notion de coût global des soins.

[http://www.adpm-mutuelles.com/siteadpm/?option=com\\_content&view=article&id=163:comment-arreter-les-derives-sur-les-depassements-dhonoraires&catid=38:infos-sante&fontstyle=f-larger](http://www.adpm-mutuelles.com/siteadpm/?option=com_content&view=article&id=163:comment-arreter-les-derives-sur-les-depassements-dhonoraires&catid=38:infos-sante&fontstyle=f-larger)

## Les Petites et Moyennes Mutuelles disent non au secteur optionnel

Article publié le : 20/06/2011

ADPM (Association Diversité Proximité Mutualiste) FEDERATION ne souhaite pas laisser faire la mise en place d'un niveau de dépassements d'honoraires qui devrait être pris en charge automatiquement par les complémentaires santé et qui les obligerait à augmenter les cotisations de leurs adhérents.

Cette approche préconisée contre toute attente par l'assurance-maladie elle-même, avec le plein soutien de FNMF, n'est pas acceptable par les mutuelles complémentaires. Si elle venait à voir le jour, elle sonnerait le glas du secteur 1 et mettrait fin au « fameux » tarif de base établi par la Sécurité sociale, officialisant une privatisation rampante de la santé.

Selon l'ADPM, la fausse bonne idée de créer ce qui est dénommé pudiquement « secteur optionnel » n'est qu'un pas de plus vers le désengagement de la sécurité sociale. Elle ajoute, comme pour l'optique, le dentaire, nous verrons une base de consultation vouée à l'érosion, laissant la variable des dépassements prendre l'ascendant. Comment accepter cette situation qui porte atteinte à la liberté de remboursements établie par les complémentaires et qui va encore alourdir les cotisations mutualistes, laissant encore bon nombre de nos concitoyens exclus de soins ?

L'ADPM considère, que si l'expérimentation est mise en place, il n'y aura pas de retour en arrière. A plus long terme, ce dispositif ne manquerait pas de pénaliser les praticiens en les privant des négociations tarifaires qu'ils ont avec l'assurance-maladie. La base sécu n'étant plus revalorisée, les praticiens seraient soumis à des négociations de gré à gré avec leurs patients et les réseaux de soins.

ADPM FEDERATION demande depuis de nombreuses années l'ouverture de négociations sur l'organisation de la santé en France avec l'ensemble des composantes de ce secteur, y compris les petites et moyennes mutuelles.

Présidée par Jean-Louis Span, l'ADPM Fédération - regroupe près d'une centaine de petites et moyennes mutuelles qui se mobilisent pour préserver la diversité de l'offre mutualiste et leur rôle d'intervenant santé et social de proximité. L'ADPM regroupe aujourd'hui quelques 2 millions d'adhérents.

[http://betk.eu/actu01/actu\\_auto.php?a=2006111505](http://betk.eu/actu01/actu_auto.php?a=2006111505)

## Zones géographiques, taux de dépassements :

# L'inflation du secteur 2

le mardi 17 mai 2011



« L'assurance maladie veut tirer la sonnette d'alarme. Le poids croissant du secteur 2 et des dépassements d'honoraires suscite de nombreuses interrogations. Le système dérive tant en taux de dépassement moyen qu'en termes géographiques. Il nous faut mettre en place une réforme structurelle ». Ce matin, le ton de Frédéric van Roekeghem était solennel. Alors que les parties signataires n'arrivent toujours pas à se mettre d'accord pour faire repartir les négociations conventionnelles d'un bon pied, le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a commenté face à la presse, un document retraçant l'évolution du secteur à honoraires libres, mis en place par la convention 1980, et qui, depuis la convention 1990, n'est réservé qu'aux seuls médecins spécialistes, sur titres.

Ouvert à tous au début de sa mise en place, le secteur à honoraires libres concerne en 2010 un médecin sur quatre, mais seulement 11 % des omnipraticiens, contre 22 % en 1980. En médecine générale, le secteur 2 concerne 7 % des généralistes sans mode d'exercice particulier, soit 3 400 praticiens sur 53 000. Et il y a également 2 600 MEP. C'est un secteur en voie d'extinction.

En revanche, la situation des spécialistes mobilise la Cnam puisque 41 % d'entre eux exercent en secteur 2 contre 37 % en 2000. Pour certaines spécialités, les honoraires libres sont même majoritaires : il en va ainsi de la chirurgie (85 % de secteur 2), de la gynécologie chirurgicale et de l'obstétrique (66 %), de l'ophtalmologie (53 %) ou de l'ORL (56 %). A l'inverse, certaines spécialités exercent quasiment majoritairement en secteur 1, comme la néphrologie (98 %), la radiologie (87 %), la cardiologie ou la pneumologie (80 %). Problème : l'arrivée de la jeune génération devrait accentuer encore plus la tendance dans les années à venir.

## LE SECTEUR 2 CHOISI PAR SIX JEUNES SUR DIX

Les jeunes sont 6 sur 10 à choisir le secteur 2 en 2010, ce qui représente une proportion sensiblement supérieure à celle des médecins spécialistes en exercice (41 %). Ce phénomène touche particulièrement certaines spécialités. Les anesthésistes sont en moyenne 35 % à exercer en secteur 2, mais celui-ci a été choisi par 66 % des nouvelles installations en 2010. Les ORL et les gynécologues, médicaux, chirurgicaux et obstétricaux confondus, enregistrent un taux d'installation en secteur 2 de 84 et 82 % en 2010.

Autre sujet de préoccupation pour la Cnam : le taux de dépassements, qui a plus que doublé entre 1990 et 2010. Par rapport au tarif opposable, le dépassement facturé moyen était de 23 % en 1985, 29 % en 1995, 37 % en 2000, 49 % en 2005 et s'élève à 54 % en 2010. Les taux les plus élevés ont été observés parmi les gynécologues chirurgicaux et obstétriciens (83 %), les pédiatres (64 %), les ophtalmologues (60 %) et les chirurgiens (56 %).

Alors qu'ils représentaient 900 millions d'euros en 1990, les dépassements représentent en 2010, 2,5 milliards d'euros, dont 350 millions pour les généralistes et 2,1 milliards pour les spécialistes).

Enfin, note la Cnam, entre 1985 et 2010, les honoraires remboursables ont évolué parallèlement au PIB par habitant, mais les dépassements, eux, se sont envolés.

Troisième élément dans cet état des lieux : la concentration géographique des praticiens du secteur 2. Pour les chirurgiens, par exemple, le secteur 2 concerne moins de 50 % des praticiens dans un quart des départements, mais plus de 90 % dans une dizaine, dont la région parisienne, les Alpes-Maritimes, le Rhône, l'Isère, la Gironde, etc. Il en va de même pour les taux de dépassements, qui peuvent atteindre 150 % à Paris et dans les Hauts de Seine, 110 % dans le Rhône, près de 90 % en Alsace ou 80 % dans les Alpes Maritimes. A l'inverse, près d'une vingtaine de départements connaissent des taux de dépassement inférieurs à 25 % du tarif opposable.

## **LE REMEDE DU SECTEUR OPTIONNEL**

Face à cette situation, jugée « préoccupante pour l'accès aux soins », l'assurance maladie a un remède, le secteur optionnel. Toujours en panne, son inscription figure pourtant dans la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004, la convention 2005 et le protocole d'accord du 15 octobre 2009.

Ce troisième secteur figure de nouveau au programme des négociations conventionnelles, mais dans un cadre très strict, dessiné par le conseil de l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie). Le mandat de négociation du directeur est clair : mis en place pour une durée de trois ans, le secteur optionnel ne s'adresserait qu'aux chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues obstétriciens de secteur 2 ou titulaires du DP (droit permanent à dépassement) « ayant une activité technique prépondérante ». Ces derniers s'engageraient à réaliser 30 % ou plus de leurs actes au tarif opposable, à facturer pour les autres actes un complément d'honoraires inférieur ou égal à 50 %, et à s'inscrire dans une démarche de transparence des tarifs et de qualité des pratiques professionnelles.

Les dépassements encadrés seraient solvabilisés par les organismes de protection complémentaire, représentés dans l'Unocam. En contrepartie, espérant ainsi « vider » progressivement le secteur 2, l'assurance maladie s'engage à prendre en charge une partie des cotisations sociales des praticiens, sur la part d'activité réalisée en premier secteur. Elle pourrait même envisager de « majorer certains tarifs trop bas », a laissé entendre Frédéric van Rookeghem. Néanmoins, a-t-il reconnu, le mécanisme ne réglerait pas certains problèmes, comme « les taux de dépassement de certains spécialistes, qui sont 3,5 fois supérieurs aux tarifs de la sécurité sociale ». Il souhaiterait que les cliniques privées soient incluses dans le dispositif.

## **LA DERNIERE FOIS**

« C'est la dernière fois que l'on se réunit sur le sujet du secteur optionnel », devait-il commenter, passablement irrité. « Il faut que les organismes de protection complémentaire et les syndicats médicaux se décident enfin, acceptent cette régulation négociée. Il n'est pas satisfaisant de constater que dans certains endroits, la solvabilisation des patients dépend des complémentaires. L'assurance maladie ne signera rien sans l'Unocam », a-t-il assuré.

Si l'accord était trouvé, l'Unocam s'engagerait à convaincre les organismes de protection complémentaire de leur intérêt à solvabiliser le mécanisme. Lequel pourrait prendre la forme d'un nouveau « contrat responsable », dont le contenu serait annoncé par décret. Sinon... », nous devons trouver une solution dans le cadre de la convention. Ou changer de réponse... », lâchait le directeur, plein de sous-entendus.

## Dépassements d'honoraires : les médecins incriminent l'assurance maladie

le mercredi 18 mai 2011



L'assurance maladie se désengage-t-elle de la prise en charge du remboursement des soins de la médecine spécialisée libérale ? Cette dernière s'en défend, chiffres à l'appui, mais c'est en tout cas l'analyse de l'Umespe (Union des médecins spécialistes - Csmf), au vu des résultats de l'étude de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) sur les dépassements d'honoraires. Cette étude met en exergue l'accroissement constant du nombre de spécialistes exerçant en secteur 2 depuis sa création par la convention 1980 - au détriment des généralistes qui ne peuvent plus le choisir depuis la convention 1990. Accroissement d'autant plus inquiétant, pour les auteurs de l'étude, qu'il va de pair avec l'augmentation du taux moyen de dépassement, la sélection des spécialités concernées et la concentration géographique de praticiens en honoraires libres.

L'Umespe tient d'abord à rappeler que pour tous les actes techniques, « le coût de la pratique reste évalué sur l'année 1995 », ce qui ne tient compte ni de l'inflation, ni de l'augmentation du coût des charges. Il accuse également l'Unocam (Union nationale des caisses d'assurance maladie) de ne pas avoir tenu les engagements de la convention 2005, concernant l'évaluation conjointe du coût de la pratique de plusieurs spécialités (radiologie, médecine nucléaire, cardiologie interventionnelle, radiothérapie), alors que dans le même temps, les tarifs des radiologues, des rhumatologues et des médecins biologistes a été diminué.

Le syndicat rappelle par ailleurs l'augmentation du plafond des actes chirurgicaux et techniques de 96 à 120 euros et la baisse de revenus de tous les médecins libéraux en 2009 « particulièrement inquiétante pour les médecins du premier secteur ».

En conclusion, l'Umespe demande l'ouverture « immédiate » du secteur optionnel pour tous les spécialistes libéraux avec officialisation de la participation des organismes complémentaires dans le remboursement des soins, « l'assurance obligatoire devenant un partenaire minoritaire dans le domaine financier pour l'ensemble des médecins spécialistes libéraux ».

### SECTEUR OPTIONNEL : LA SEULE SOLUTION SELON LE SYNGOF

« Le ministre doit assumer la médiation d'une négociation entre les complémentaires et les

médecins sur le secteur optionnel », exhorte le Syngof (gynécologues obstétriciens, membre du Bloc). Le syndicat en appelle au gouvernement pour débloquer la situation des négociations conventionnelles, actuellement dans l'impasse, puisque l'Uncam aurait confié, lors d'une des dernières réunions, ne pas avoir les moyens suffisants, à elle seule, de « résorber le retard tarifaire des chirurgiens et gynécos-obstétriciens, dans la mesure où elle ne peut pas parvenir à trouver des ressources en réduisant les dépenses excessives ». Si les chiffres de dépassements d'honoraires cités par l'assurance maladie « peuvent paraître médiatiquement sensibles », reconnaît le Syngof, ils sont à mettre en parallèle avec les bénéfiques non commerciaux moyens annuels des praticiens du secteur 1, soit 86 925 euros pour un chirurgien et 72 296 euros pour un gynécologue obstétricien. Des chiffres que le syndicat compare avec les 157 744 euros des biologistes du premier secteur, 123 227 euros des radiologues et 104 447 des cardiologues.

### **LES MEMES TARIFS DEPUIS 20 ANS**

Allié du Bloc dans la négociation conventionnelle, la Fédération des médecins de France (FMF), accuse elle aussi l'assurance maladie. « Deux exemples pour les chirurgiens devraient suffire à illustrer le propos : en 1990 le taux de remboursement de l'appendicite était de 197€ et celui de la prothèse de hanche de 400€.

20 ans plus tard ce sont les mêmes tarifs ! Mais ce sont les chirurgiens qui sont livrés à la meute comme des irresponsables assoiffés d'argent... », s'indigne le Dr Jean-Paul Hamon, son président. Il relève, en revanche, « la trahison des médecins et la destruction organisée par la Cnamts et l'Etat de ce qui s'appelait alors l'Avantage Social Vieillesse en 1970. »

### **LE CISS FAVORABLE à DES REMBOURSEMENTS MODULÉS**

L'analyse du Ciss (Collectif interassociatif sur la santé) est, on s'en doute, passablement divergente. Si le collectif de patients appelle de ses vœux la création d'un secteur optionnel, c'est pour **inciter les médecins les plus « chers » à plus de retenue. Et de regretter que les négociateurs de la convention médicale cherchent à dévoyer le concept en tentant « d'ouvrir la voie à la généralisation des dépassements d'honoraires à tout médecin libéral, y compris de secteur 1 ». Mais surtout, le Ciss déplore que les usagers soient exclus des discussions conventionnelles où les travaux sont qualifiés « d'opaques, secrets et seulement bi-latéraux ».**

Le Ciss ne serait pas opposé, en revanche, à la mise en place prévue par le projet de loi Fourcade (article 22), d'une politique de **remboursement des complémentaires plus favorable à ceux de leurs adhérents acceptant d'être pris en charge dans le cadre de professions et de prestataires de santé conventionnés avec elles.** A une condition : que le « rapport qualité/prix de ces conventionnements » fasse l'objet d'une régulation transparente.

Concerné au premier chef par cette problématique, la Mutualité française « confirme son inquiétude devant l'explosion du nombre et du volume » de ces dépassements. « Nous vivons dans la fiction d'un taux de remboursement du régime obligatoire qui ne correspond plus à la réalité », vient de déclarer, ce mercredi, son directeur Etienne Caniard. Il considère « urgent » de mettre fin à cette situation et de « revenir à une forme d'opposabilité régime obligatoire-régie complémentaire pour réduire le reste à charge du patient ».

**Pour le Bloc, le projet de secteur optionnel des**

## **caisses est « condamné à l'échec »**

le jeudi 26 mai 2011

C'est dit : le Bloc, syndicat regroupant les praticiens à plateaux techniques lourds « ne pourra soutenir la convention médicale en discussion que si elle donne naissance à un « secteur optionnel » non discriminatoire. ». Le syndicat majoritaire dans son collège lors des dernières élections professionnelles, vient de réagir à l'intervention du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Frédéric Van Roekeghem.

Ce dernier a récemment lancé « un cri d'alarme » devant l'inflation du secteur à honoraires libres dans certains spécialités et certains secteurs géographiques, l'augmentation du taux moyen de dépassement et enfin, le choix des jeunes spécialistes qui, à 60 %, font le choix des honoraires libres. Le directeur de la Cnam promet comme solution alternative, un secteur optionnel très encadré (50 % de dépassement autorisé sur 70 % des actes), uniquement réservé aux praticiens à plateaux techniques lourds, exerçant actuellement en secteur 2.

Pour les trois co-présidents du Bloc, cette exclusion des praticiens du premier secteur est « injuste et absurde », puisque le directeur de la Cnam et de l'Uncam « considère que les difficultés financières de l'assurance maladie ne permettent pas une revalorisation normale des tarifs conventionnels qui s'imposent aux secteurs 1 ». Ils estiment qu'en l'état, le projet de secteur optionnel des caisses est « un piège à secteur 2 », un projet « condamné à l'échec » comportant en outre l'effet pervers de conduire les jeunes praticiens à s'inscrire en secteur 2, sachant qu'en secteur 1, ils n'auront pas la possibilité d'accéder au secteur optionnel.

<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Depassements-d-honoraires-la-proposition-d-un-syndicat-de-chirurgiens-propositions-du-BLOC>  
[http://www.unof.org/breve.php3?id\\_breve=1828](http://www.unof.org/breve.php3?id_breve=1828)

## **La baisse de remboursement des médicaments à vignette bleue entre en vigueur**

**La baisse de 35% à 30% du taux de remboursement par l'assurance maladie des médicaments à vignette bleue entre en vigueur lundi 2 mai, en application d'une mesure annoncée il y a plusieurs mois dans le cadre du budget 2011 de la Sécurité sociale.**

[http://www.adpm-mutuelle.com/siteadpm/index.php?option=com\\_content&view=article&id=134:la-baisse-de-remboursement-des-medicaments-a-vignette-bleue-entre-en-vigueur&catid=38:infos-sante](http://www.adpm-mutuelle.com/siteadpm/index.php?option=com_content&view=article&id=134:la-baisse-de-remboursement-des-medicaments-a-vignette-bleue-entre-en-vigueur&catid=38:infos-sante)

## **Exonération du ticket modérateur et application du forfait 18€**

Augmentation du seuil d'exonération du ticket modérateur (120 € au lieu de 91€) pour les actes supérieurs ou égal à 50 dans la nomenclature et cas dans lesquels le ticket modérateur



forfaitaire de 18 € est dû.

## **Le seuil de la participation forfaitaire de l'assuré sur les actes médicaux coûteux passe de 91 à 120 euros**

Jusqu'à présent, un **ticket modérateur** de 18 euros était applicable aux assurés et à leurs ayants droit relevant de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, dès lors qu'un **acte médical coûteux** leur était délivré, sauf cas d'exonération de ticket modérateur pour un autre motif (affection de longue durée, hospitalisation d'une durée continue supérieure à trente jours, accidenté du travail ayant une IPP d'au moins 66,66% ainsi que leurs ayants droit, pensionné d'invalidité, titulaire d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, titulaire d'une pension militaire d'invalidité, bénéficiaire de soins pris en charge au titre de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, bénéficiaire de l'assurance maternité).

Par contre, lorsqu'un assuré social recevait des soins médicaux correspondant à des actes médicaux affectés d'un coefficient supérieur à 50 ou d'un coût de plus de 91 euros, il était dispensé de ticket modérateur.

Dans le cadre de la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011, le ministère de la Santé a décidé de relever le seuil d'application de la participation de l'assuré sur les actes coûteux prévue à l'[article R322-8](#) du Code de la sécurité sociale.

Désormais, **pour les actes médicaux dépassant 120 euros** (au lieu de 91 euros), la participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré est de **18 euros**, conformément au [décret \(n°2011-201\)](#) du 21 février 2011.

Pour être **dispensé du ticket modérateur**, les actes doivent avoir un montant supérieur ou égal à 120 euros ou être affectés d'un **coefficient supérieur ou égal à 60** (au lieu de 50).

Rappelons que cette participation n'est pas fixée en pourcentage de la valeur de l'acte, mais plafonnée à 18 euros, quels que soient les frais encourus.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CCAM-Principes\\_generaux\\_mars2011.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM-Principes_generaux_mars2011.pdf)

## **A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?**

Document Drees N° 754 Février 2011

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er754.pdf>

Rapport d'activité du fond de financement de la CMU 2009 (Juin 2010)

## **CMU/ Fonds de financement de la protection**

## **complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : rapport d'activité 2009 (Juin 2010)**

**FRANCE. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

Paris ; Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Etablissement public national à caractère administratif, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU) présente son rapport d'activité pour l'année 2009 : suivi du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (de l'ordre de 4 173 817), suivi des dépenses et des comptes du Fonds CMU. Le rapport revient sur les activités du Fonds au cours de l'année, parmi lesquelles la réalisation du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU (consulter le rapport : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000402/index.shtml>).

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000281/0000.pdf>

## **Lutte contre les déserts médicaux : l'échec des mesures incitatives**

*Publié le 14 avril 2011 par Administrateur*

Les incitations financières mises en places par l'assurance maladie en 2007 pour inciter les médecins à s'installer dans les zones de « désert médical » permettent aux médecins installés dans 4000 communes classées en « zone déficitaire » de bénéficier d'une majoration de 20 % de leurs honoraires. Cette incitation devait permettre de rendre attractif les zones dont la démographie médicale était insuffisante pour répondre aux demandes de soins des populations. Résultat : Seuls 50 d'entre eux ont répondu favorablement à ces incitations en s'installant dans les zones déficitaires. Manifestement, la logique incitative et la politique de bricolage telle qu'elle est pratiquée jusque là n'aboutit à aucun résultat significatif.

Pourtant, les inégalités d'accès aux soins augmentent considérablement. Même en Ile-de-France, qui présente pourtant des indicateurs meilleurs que dans le reste du territoire, présente une répartition très inégalitaire des praticiens, et notamment des généralistes (ce problème se croise avec celui de la pratique excessive des dépassements d'honoraires, qui rendent le coût des consultations excessive pour les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire). Le rapport de l'Agence Régionale de la Santé d'IDF montre ainsi que si Paris compte 119 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la Seine Saint Denis doit s'en contenter de 69,8.

A lire :

<http://www.sante-iledefrance.fr/category/projet-regional-de-sante-de-l'ile-de-france/>

<http://info.france2.fr/france/deserts-medicaux-les-incitations-peu-efficaces-68363646.html>

## **Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale, à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008 (RAPSY)**

Les données récoltées des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) permettent de donner des éclairages sur l'offre et l'organisation des soins en santé mentale en France tant au niveau local que national, de disposer d'indicateurs départementaux de capacités et d'activité en psychiatrie générale et infanto-juvénile des établissements de santé et de localiser des structures de soins rattachés aux établissements.

Isabelle Leroux, Patricia Schultz, Drees, série statistique, document de travail, n° 155, avril 2011.

<http://www.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale.html>

## **Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?**

Publié le 4 décembre 2010 par *Administrateur*

Une « *efficacité limitée* » sur la consommation de médicaments des assurés et une forte pénalisation des personnes aux revenus les plus faibles ou en mauvaise santé : c'est la conclusion de l'étude menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) sur les impacts des franchises médicales (sur les boîtes de médicaments (0,50 euro), les actes d'auxiliaires médicaux (0,50 euro) et les transports sanitaires (2 euros), retenues sur les remboursements dans la limite d'un plafond de 50 euros par an et par assuré). L'Irdes souligne qu'une « *faible proportion* » de personnes s'étant fait prescrire des médicaments en 2008 avaient déclaré avoir modifié ses consommations de soins du fait des franchises, 88% n'ayant pas modifié leur comportement, 12% déclarant avoir changé leurs modes de consommations. Par contre, 64% ont décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments qui leur ont été prescrits et près d'un tiers ont repoussé à plus tard l'achat de certains médicaments.

L'étude montre que ces changements touche plus fortement les personnes disposant d'un faible revenu ou en mauvaise santé. Pour elles, l'étude souligne que « *les franchises représentent une charge financière significative ayant pour effet une perte d'accès aux médicaments* ».

Et de conclure que le système des franchises médicales « *suppose que les individus sont des consommateurs éclairés, qui choisissent leur consommation de médicaments au regard du coût des soins et de leur utilité. Or, le choix du traitement adéquat revient en grande partie au professionnel de santé (...). De plus, à supposer que le patient puisse intervenir sur sa prescription, il est a priori dans l'incapacité de juger de l'utilité de son contenu. En ce sens, l'efficacité du dispositif pose question*

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

## **L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?**

Avis du haut Conseil pour l'avenir de l'AM 27 janvier 2011

Rapport annuel

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_avis\\_270111.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_270111.pdf)

## **"Un accès à la santé inégalitaire en Rhône-Alpes"**

Impact Santé - 20 juin 2011

Les personnes en situation de précarité "se disent en mauvaise santé, du fait d'une difficulté à bien se nourrir, de mauvaises conditions de vie, du stress, mais aussi d'un accès aux soins difficile", observe la Mission régionale Rhône-Alpes d'information sur l'exclusion (Mrie) dans son rapport annuel. Les testings qu'elle a menés auprès des médecins ont révélé de nombreux refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME). De plus, aux déremboursements et aux franchises des mutuelles s'ajoutent les dépassements d'honoraires, principalement des spécialistes, en plein essor, indique *Impact Santé*. A l'inverse, le rapport relève des initiatives positives, et notamment le rôle de tous les réseaux dans la santé et la prise en charge psychologique, par certains généralistes, de personnes en attente de rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP).

[http://www.mrie.org/docs\\_transfert/publications/MRIE\\_Dossier\\_2011.pdf](http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/MRIE_Dossier_2011.pdf)

## **ALD admission et renouvellement : actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré**

Un décret en date du 19 janvier 2011 actualise la liste des affections de longue durée (ALD) et les critères médicaux d'admission et de renouvellement. Lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection de longue durée (ALD) par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection. Pour mémoire, la Haute Autorité de santé (HAS) a rendu en décembre 2007 et juin 2009 deux avis proposant d'actualiser les critères d'admission et de renouvellement des trente ALD, en précisant, pour chacune d'elles, la durée de l'exonération. Le présent décret reprend, dans son annexe, les propositions de la HAS afin d'actualiser, sans en modifier significativement le périmètre, les critères d'admission et de renouvellement des ALD et de préciser les durées d'exonération.

Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456250&dateTexte=&categorieLien=id>

## **L'hypertension artérielle sévère supprimée de la liste des ALD**

28/06/2011

Prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale 2011, la suppression de la liste des affections de longue durée de l'hypertension artérielle sévère a été actée dans un **décret publié au JO** le 27 juin. Une mesure qui s'applique dès le lundi 28 juin.

Considérée comme « **seule ALD à constituer un facteur de risque et non une pathologie avérée** », l'hypertension artérielle sévère ne figurera plus sur la liste des affections de longue durée (ALD). Conséquence de cette décision : le patient ne pourra plus bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection.

**L'application du texte ne sera pas rétroactive** puisque la suppression sera sans incidence sur les exonérations en cours au titre de l'HTA et n'aura d'effets que pour l'avenir. Un décret en Conseil d'Etat, également publié dimanche 27 juin, permet ainsi le renouvellement des exonérations du ticket modérateur dans les mêmes conditions qu'auparavant pour les assurés concernés.

Selon la Cnamts, cette mesure devrait permettre une économie de 20 millions d'euros dont 17 millions pour le régime général, Sur les 7 millions de personnes traitées pour HTA, seules 344 000 sont prises en charge à 100 %.

**Loan TRANTHIMY avec AP**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000024249276>

NB: Cette mesure est scandaleuse l'HTA sévère étant la cause principale des Infarctus du myocarde et des AVC et de plus , elle crée une inégalité entre patients puisque les anciens hypertendus classés en ALD y resteront ! (Dr J Scheffer)

## **Conditions de mise en œuvre du nouveau dispositif d'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie du régime des affections de longue durée (ALD)**

### **Suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions du 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale**

Ces deux décrets en date du 19 janvier 2011 précisent les **conditions de mise en œuvre du nouveau dispositif d'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie du régime des affections de longue durée (ALD)**. Le deuxième décret précise que le bénéfice de l'exonération est accordé pour une durée qui ne peut dépasser cinq ans et qui est renouvelable. Les actes médicaux et les examens de biologie donnant droit à l'exonération seront précisés, sur la base des référentiels de la Haute Autorité de santé et de l'Institut national pour le cancer (INCa), par le médecin directement sur la feuille de soins et prescrits sur simple ordonnance.

Décret n° 2011-74 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011. Décret n° 2011-75 du 19 janvier 2011, JO du 21 janvier 2011

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456236&dateTex>

te=&categorieLien=id

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456230&dateTexte=&categorieLien=id>

## Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis

Un mode d'organisation des cabinets de premier recours sous forme de «patient-centered medical home» (PCMH) est actuellement promu et expérimenté aux États-Unis. Ce modèle vise d'une part à répondre aux déficiences de la prise en charge des patients chroniques dans les cabinets traditionnels et à revaloriser le statut matériel et économique des médecins de premier recours et d'autre part d'entraîner des économies sur les dépenses d'hospitalisation. Pour l'instant, on ne dispose pas de données probantes permettant d'affirmer que les PCMH seront en mesure de générer des économies significatives et les difficultés de la transformation d'un cabinet classique en PCMH ne doivent pas être sous-estimées. Cet article sur les États-Unis permet par ailleurs de faire des comparaisons avec la politique conduite en France autour des maisons de santé.

Pratiques et organisation des soins, l'Assurance maladie, janvier-mars 2011, n° 1, volume 42.  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/POS1101\\_Maisons\\_medicales\\_centrees\\_sur\\_le\\_patient\\_aux\\_USA\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1101_Maisons_medicales_centrees_sur_le_patient_aux_USA_01.pdf)

## Réduire les inégalités sociales en santé

*Publié le 4 février 2011 par Administrateur*

Réduire les inégalités sociales en santé, Coll. « La santé en action » Sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet, Catherine M. Jones

A lire un ouvrage intéressant (et gratuit en téléchargement !) sur les inégalités de santé.

Texte de présentation : Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays d'Europe occidentale dont la France. Cet ouvrage est prioritairement destiné aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Guide d'aide à l'action rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités, son objectif est de mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

## Les inégalités sociales de santé

Ce numéro du Bulletin épidémiologique hebdomadaire rappelle que les déterminants des inégalités sociales de santé sont hors du système de santé et appelle à des interventions intersectorielles sur la santé. Le rôle du travail et de l'emploi est majeur (50 % de la surmortalité des ouvriers est liée aux expositions professionnelles, 40 % des cancers sont à l'origine des inégalités de santé...). La zone de résidence (reflétant les équipements collectifs, l'accessibilité des produits...) est un facteur tout aussi déterminant. De même, la construction de la santé est un processus qui débute dès l'enfance, voire avant la naissance. Les causes du recul de l'espérance de vie aux États-Unis sont attribuées au tabac et à l'obésité. Les articles de ce numéro du BEH concernant ces deux facteurs invitent à penser qu'il existe au-delà des comportements individuels, des causes fondamentales (sociales, économiques, commerciales, réglementaires...) qui facilitent tel ou tel comportement ou affectent directement la santé et sont accessibles à des interventions ou des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé.

**InVS, BEH, n° 8-9, 8 mars 2011.**

[http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08\\_09/beh\\_08\\_09\\_2011.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf)

<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1333>

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

**Rappel: “Les inégalités sociales de santé “Thierry lang HCSP Décembre 2010**

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=113&menu=111282>

## **État des lieux de la permanence des soins en janvier 2011**

Pour la 8e année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins, assurée par les médecins généralistes et mes modalités de son organisation. Cette enquête a été réalisée pendant le mois de janvier 2011. Le questionnaire, qui comportait 47 questions, a été adressé aux 100 conseils départementaux de l'Ordre de métropole et d'outre-mer en décembre 2010. L'année 2010, avec l'installation des ARS a plutôt bien fonctionné sur le plan de l'organisation de la permanence des soins dans une majorité de départements, donnant satisfaction aux patients comme aux médecins. L'enquête met en exergue l'importance de la concertation entre le conseil départemental de l'Ordre et l'ensemble des partenaires pour trouver des solutions adaptées aux situations locales. Cependant, les conseils départementaux alertent sur les effets délétères de la pénurie de médecins en général, et sur le vieillissement des médecins de garde, bien que de nouvelles formes d'organisation s'installent pour y faire face : renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations horaires de la permanence des soins en particulier en nuit profonde, création de nouvelles maisons médicales de garde..Ordre national des médecins, 10 février 2011, 45 pages.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ENQUETE%20PDS%202011.pdf>

## **Déterminants sociaux de la santé et fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS**

Ce premier rapport intermédiaire répond à une étude régionale demandée en juillet 2010 (qui doit s'étendre jusqu'en 2012) par le Bureau Régional de l'Europe de l'OMS sur la fracture

sanitaire et les inégalités de santé dans le contexte socio économique et politique actuel et les efforts pour les réduire et construire une nouvelle politique de santé. Les études comparatives réalisées sur les déterminants de qualité et d'inégalités incluent les premières années de vie, l'éducation, l'emploi, la qualité du travail, l'adéquation de la protection sociale, le revenu et l'environnement dans lequel les populations vivent. De nombreux graphiques et de tableaux sur et entre les différents pays (une cinquantaine) qui constituent la Région européenne de l'OMS, illustrent les données relatives à des indicateurs sur l'espérance de vie (selon les pays, des différences de 20 ans pour les hommes et de 12 ans pour les femmes) et permettent de faire des comparaisons sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans, de comparer la mortalité prématurée des moins de 65 ans, d'étudier la prévalence de l'obésité, la natalité par couple...

OMS, Bureau régional de l'Europe, septembre 2010, 41 pages. En anglais.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124464/E94370.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf)

## **Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés**

La revue la Santé de l'Homme présente un dossier sur la santé des aînés par une approche «écologique-environnementale» dépassant les déterminants individuels habituels (modes de vie, compétences psychosociales, attitudes, sentiment d'efficacité personnelle et comportements) pour donner toute sa place aux déterminants socio-environnementaux de la santé. Ce dossier fait connaître les travaux scientifiques collectés dans le cadre d'un programme franco-québécois échelonné sur deux années (2009-2011), qui, autour de pratiques novatrices, montrent le rôle important de l'environnement résidentiel. Ils démontrent notamment que des voisinages riches en ressources accessibles, favorisent la qualité de vie des aînés (activité physique par la marche, transports adaptés, aménagement de lieux collectifs, convivialité...) et leur permettent de mieux s'approprier un espace de vie quotidien et leur autonomie en même temps.

**Inpes, la Santé de l'homme, n° 411, janvier-février 2011.**

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>

## **Qui doit vivre ? Santé, Économie et Choix de Société**

Douze années après la publication de son livre, Victor FUCHS vient d'en publier une seconde édition. Elle devrait intéresser toute personne qui s'intéresse à la difficile question de l'efficacité et de l'équité dans l'allocation des ressources en matière de santé. De part sa connaissance des forces et des limites du système économique ainsi que des systèmes de soin des pays industrialisés, en particulier ceux des États-Unis, l'auteur analyse les choix qui devront rapidement être opérés. Il aborde notamment les problèmes de santé et pauvreté, l'évolution démographique caractérisée par un vieillissement de la population, les liens entre niveau socio-économique et santé, les grandes évolutions dans le domaine de l'économie de la santé ainsi que ses recommandations en matière de réformes.

Victor Fuchs, 2e édition, World Scientific publishing, avril 2011, 313 pages.

<http://www.worldscibooks.com/economics/8167.html>



## **Année des patients et de leurs droits**

**E**n août 2010, la ministre en charge de la santé avait lancé trois missions pour réfléchir sur des actions permettant de promouvoir les droits des usagers du système de santé. Le 24 février 2011, ont été remis au ministre du Travail, de l'emploi et de la santé, les principales conclusions des travaux des trois missions sous forme de trois rapports détaillés ci-après.

## **Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

Une centaine de propositions sont présentées dans ce rapport de la mission «Faire vivre les droits des patients», qui avait pour but de dresser le bilan de l'existant : pertinence du corpus législatif et réglementaire des droits des patients (droits individuels et collectifs). D'autre part la mission devait élaborer toute proposition visant à compléter, si nécessaire ce corpus de droits et à renforcer leur effectivité, leur visibilité et au besoin les compléter sur certains points. Ainsi sept points saillants visant à améliorer les droits des malades ont été retenus, notamment celui de mettre en place un système de financement durable (par la création d'un fonds de la démocratie sanitaire), celui de rendre indépendante la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CSRA) de l'ARS en la transformant en commission autonome dotée d'un financement spécifique ou d'engager une action durable d'information auprès du grand public pour que les usagers connaissent mieux leurs droits...

Alain-Michel Ceretti et laure Albertini, rapport, 24 février 2011, 310 pages.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_et\\_propositions\\_de\\_reformes\\_de\\_la\\_loi\\_du\\_4\\_mars\\_2002\\_relative\\_aux\\_droits\\_des\\_malades\\_et\\_a\\_la\\_qualite\\_du\\_systeme\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_et_propositions_de_reformes_de_la_loi_du_4_mars_2002_relative_aux_droits_des_malades_et_a_la_qualite_du_systeme_de_sante.pdf)

## **Droit des enfants**

### **Des recommandations sur le cancer aussi peu reprises que les précédentes ?**

26.04.11 - 14:50 - HOSPIMEDIA

Dominique Versini, défenseure des enfants depuis 2006, a présenté son rapport thématique 2011 intitulé "prendre soin des enfants et adolescents atteints de cancers, leurs familles et les équipes soignantes". Elle y constate les importantes améliorations des politiques publiques et des nouveaux droits des malades (issus des plans Cancer et de la loi du 4 mars 2002). Néanmoins, elle formule quinze recommandations en matière de prise en charge thérapeutique et psychologique, de formation, de conditions de vie des familles, de scolarité et de vie sociale des adolescents et de prise en charge spécifique de l'adolescent. Elle propose par exemple de renforcer le nombre d'infirmiers d'annonce, de psychologues cliniques et d'assistantes socio-éducatives, d'uniformiser les pratiques avec une formalisation d'un protocole personnalisé de soin signé par les parents et l'enfant doté de discernement, de développer des temps de pédiopsychiatres formés à l'oncopédiatrie...

À l'occasion de la présentation de son rapport thématique, Dominique Versini a également dressé un point sur le défenseur des enfants et les droits des enfants à la veille de l'absorption de sa mission par le nouveau défenseur des droits. Elle indique ainsi que cette mission a traité

en onze ans d'existence plus de 25 500 réclamations. En 2011 une augmentation de 30% des réclamations a notamment été observée du fait de la publicité faite autour de la création de la mission du défenseur des droits. Mais elle regrette, en retraçant son parcours année après année, l'absence de prises en compte des recommandations émises. Pour ne citer que l'exemple du rapport 2007 sur les adolescents en souffrance, Dominique Versini ne recense aucune reprise de recommandation visant à pallier les insuffisances du dispositif de pédopsychiatrie alors que les demandes de soins restent très importantes.

P.H.

DÉFENSEURE DES ENFANTS

## **Prendre soin des enfants et des adolescents atteints de cancer, de leurs familles et des équipes de soignants : constats et recommandations**

mercredi 27 avril 2011

Cette année, la Défenseure des enfants a consacré son rapport thématique à la situation des enfants et adolescents atteints de cancers.

Dominique Versini formule 15 PROPOSITIONS :

### **En matière de prise en charge thérapeutique et psychologique**

- 1) Renforcer le nombre d'infirmiers d'annonce, de psychologues cliniciens et d'assistantes socio-éducatives, comme préconisé par l'INCa.
- 2) Uniformiser les pratiques avec une formalisation d'un protocole personnalisé de soin signé par les parents et l'enfant doté de discernement. Mais il serait nécessaire dans tous les cas d'évaluer à distance ce que l'enfant a compris de l'information éclairée qui lui a été délivrée et, après une évaluation des capacités de l'enfant à entendre et recevoir cette information, de la reformuler si besoin à plusieurs reprises et différemment.
- 3) Développer de nouvelles stratégies anti-douleur disponibles en permanence dans le service, faciles à utiliser et que l'équipe peut s'approprier.
- 4) Développer des temps de pédopsychiatres formés à l'oncopédiatrie et travaillant au sein même des équipes des services de cancérologie pédiatrique. L'obtention d'un temps d'au moins 30 % ETP de pédopsychiatre paraît indispensable, l'idéal étant un 50 % ETP.
- 5) Créer des postes de pédopsychiatre (50 % ETP) et de psychologue (50 %), formés à l'oncopédiatrie, et qui travailleront dans un CMP situé à proximité du Centre SFCE. Ces deux professionnels assureront les suivis psychologiques au long court des jeunes patients et pourront se déplacer tant dans les Centres SFCE (réunion de synthèse, rencontre de l'enfant, etc) que dans les écoles.
- 6) Accompagner la famille sans oublier la fratrie tout au long de la prise en charge, de l'enfant malade par le psychologue et le pédopsychiatre du centre SFCE en articulation avec le psychologue et le pédopsychiatre formés à l'oncopédiatrie en poste au Centre Médico Psychologique (CMP) situé dans la même ville que le centre SFCE. A cet effet, la création

d'un ETP de pédopsychiatrie à cheval sur le centre SFCE et le CMP de proximité serait l'idéal.

### **En matière de formation**

7) Développer les plans de progression pour les nouveaux soignants qui permettent de les accueillir deux semaines avant leur prise de fonction dans le service.

8) Obtenir le financement d'un intervenant extérieur psychologue ou psychiatre pour coordonner un groupe de partage d'expérience soutenu par le chef de service et le cadre de santé, se déroulant au moins une fois par mois sur le temps de travail et impliquant des groupes stables (engagement de tous les professionnels de l'équipe dans la durée) d'environ 15 personnes avec une alternance des groupes dans le mois pour permettre d'une part la permanence des soins et d'autre part la participation de toute l'équipe.

9) Elaborer un programme de formation des bénévoles à l'accueil et à l'écoute pour les bénévoles associatifs et mettre en place des groupes d'analyse de pratiques. Les bénévoles, ne substituent pas aux professionnels, elles entendent néanmoins des émotions et des interrogations lourdes à porter sans avoir généralement une formation suffisante à l'écoute et à la prise de distance.

### **En matière de conditions de vie des familles**

10) Instaurer un référent formé et dédié au traitement des dossiers d'enfants atteints de cancer dans les CAF et les MDPH afin de les traiter avec plus de célérité et d'égalité. La maladie a des répercussions économiques sur les familles. Les allocations existantes (Allocation journalière de présence parentale, Allocation d'éducation d'un enfant handicapé principalement) ont pour but de compenser partiellement les pertes de revenus ou les dépenses supplémentaires engendrées par la maladie.

Etendre aux chômeurs non indemnisés le bénéfice de l'Allocation journalière de présence parentale

Le traitement administratif de ces dossiers dans les centres CAF, MDPH, se fait avec de longs délais (3 à 6 mois) et se heurte encore trop souvent à une méconnaissance des textes, des droits et de la spécificité de ces familles, aboutissant à des réponses inégalitaires.

11) Multiplier et diversifier les possibilités d'hébergement des familles à tarifs modiques en favorisant les hébergements à proximité du centre de soins.

Développer les possibilités de garde d'enfants à proximité des lieux de soins

Développer et renforcer les réseaux sur tout le territoire apportant des aides variées (médicales, paramédicales, sociales...) aux parents L'organisation géographique des centres de soins entraîne des besoins d'hébergement importants pour les familles. Les réponses actuelles, généralement d'origine associative ou de mécénat, se révèlent largement insuffisantes et peuvent accentuer les difficultés des familles.

De la même manière, les parents sont confrontés à des difficultés (places, coûts, horaires adaptés) de garde de leur(s) autre(s) enfant(s) durant leur moment de présence auprès du jeune malade.

## **En matière de scolarité et de vie sociale des adolescents**

12) Assurer une continuité et une qualité effective de scolarisation à tous les niveaux et dans toutes les situations des enfants et des adolescents tant à l'hôpital qu'au domicile.

Renforcer les budgets des SAPAD afin d'assurer leur pérennité durant l'année scolaire et instaurer une formation des enseignants intervenants.

Développer les conventions avec les associations d'enseignement aux malades lorsque l'Education nationale ne peut faire face aux besoins. Assurer systématiquement l'ensemble des frais de scolarité liés à l'enseignement par le CNED.

Poursuivre sa scolarité est capital pour un enfant ou un adolescent malade car cela préserve le sentiment de mener une vie normale. Cependant la scolarité doit être adaptée dans ses contenus, ses formes, son approche relationnelle à l'état de l'enfant et à son évolution. Le nombre d'enseignants de l'Education nationale assurant actuellement une scolarité soit à l'hôpital soit à domicile devient dramatiquement réduit, particulièrement pour l'enseignement secondaire.

13) Maintenir le lien avec l'école durant le traitement et favoriser le retour de l'enfant dans son école avec des réunions régulières des professionnels qui participent ou ont participé à la prise en charge de l'enfant sur le plan pédagogique, psychologique et somatique (enseignant et pédopsychiatre du Centre SFCE, médecin scolaire et enseignant de l'école, psychologue/pédopsychiatre formé à l'oncopédiatrie du CMP).

14) Développer des activités permettant aux enfants et adolescents des services de cancérologie pédiatrique d'être en lien avec les jeunes qui sont hospitalisés dans les autres services de pédiatrie ou suivis en ambulatoire, y compris en pédopsychiatrie.

## **En matière de prise en charge spécifique des adolescents**

15) Renforcer la réflexion sur la place et les possibilités d'expression des adolescents afin de respecter leurs besoins spécifiques.

Les textes insistent sur la nécessité de « prévoir des réponses adaptées à la prise en charge des adolescents dans le champs sanitaire et social et d'établir des recommandations notamment par l'organisation d'accueil spécifique et l'intégration au projet d'établissement d'un volet relatif à la politique de prise en charge des adolescents » Ces démarches sont encore à l'état d'ébauche alors que les jeunes patients eux-mêmes insistent sur la nécessité d'un environnement psycho social adapté. Mettre en place dans tous les centres des unités dédiées aux adolescents. Les modalités d'accueil et de suivi des adolescents hospitalisés dans des services d'adultes sont peu préparées et peu réfléchies ce qui ne permet pas de prendre en compte et de respecter les besoins particuliers des adolescents.

### **► Le rapport en intégralité**

[http://www.fcpe34.org/sites/fcpe34.org/IMG/pdf/2011\\_le-rapport.pdf](http://www.fcpe34.org/sites/fcpe34.org/IMG/pdf/2011_le-rapport.pdf)

## **Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale**

Réalisée par l'ISNAR-IMG

**Seuls 14% des internes aspirent à exercer en hôpital**

26.04.11 - 14:21 - HOSPIMEDIA

Le statut d'exercice privilégié au sortir de l'internat de médecine générale reste de loin le remplacement (55%) et non l'installation (16%) et encore moins un poste hospitalier (praticien ou assistant, 14%), souligne une [enquête](#) nationale menée par l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG). Cette volonté d'exercice en hôpital est encore plus faible chez les femmes, 13% contre 17% pour les hommes. Un constat qui "*tord le cou à de nombreuses idées reçues*", estime le syndicat. Par ailleurs, rares sont les internes désireux d'une activité libérale à juger indispensable la proximité d'un centre hospitalier (moins de 50%), d'autant plus s'il s'agit d'un CHU (moins de 4%). Toutefois, ceux-ci réclament globalement (93%) la mise en place de solutions informatiques pour renforcer les réseaux ville-hôpital (dossier de pré-admission, courrier de sortie, annuaire de spécialistes).

[http://static.hospimedia.fr/110422\\_ISNAR-IMG\\_Enquete\\_nationale\\_souhaits\\_d\\_exercice\\_des\\_IMG\\_RESULTATS\\_COMPLETS.pdf](http://static.hospimedia.fr/110422_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf)

**InVS, BEH n° 18 – 19, 17 mai 2011, p. 205 à 228.**

## **Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010**

Longtemps négligées au sein du monde médical, la prévention et la prise en charge de la douleur, font l'objet d'une politique nationale depuis quelques années, comme en témoignent les trois plans qui se sont succédé (1998-2000, 2002-2005 et 2006-2010). Le troisième plan(2006-2010) a concentré les efforts autour de quatre priorités : les populations considérées les plus vulnérables vis-à-vis de la douleur (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes polyhandicapées, personnes en fin de vie), les formations initiale et continue des professionnels de santé, l'utilisation des traitements médicamenteux et des techniques non médicamenteuses et la structuration de la filière de soins pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles. Saisi le 7 mars 2010 par la direction générale de l'offre de soins pour évaluer ce troisième plan national, le HCSP a réalisé une évaluation générale de la structuration et du déroulement du plan, assortie d'une série de recommandations pouvant servir de base à la construction d'un nouveau plan.

HCSP, rapport, 15 mars 2011, 96 pages. Mis en ligne en mai 2011.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine>