



Mutuelle du Télégramme



N° 14 - AVRIL/MAI 2010



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Elle aura lieu le
SAMEDI 29 MAI 2010

à partir de 9 h 30
à Morlaix

7, voie d'accès au Port
au siège de l'entreprise
(salle de réunion des rotatives)

DE 35 % A 15 % : LES VIGNETTES PASSENT À L'ORANGE...

Le taux de remboursement de 150 médicaments, qui représentent 594 spécialités pharmaceutiques est passé de 35 % à 15 %, le 16 avril dernier. L'impact de cette mesure a été estimé par les services de la Fédération nationale de la Mutualité française à 125 millions d'euros.

Pour rappel : la vignette désigne le taux de remboursement appliqué par la Sécu : 65 % pour les blanches, 35 % pour les bleues, et, enfin 15 % pour les vignettes orange. La plupart des médicaments sans vignette peuvent être achetés librement en automédication, c'est-à-dire sans forcément passer par le médecin. A noter qu'il existe également des vignettes blanches barrées remboursées à 100 % et destinées aux patients en affection de longue durée.

La Mutualité Française, par la voix de son président Jean-Pierre Davant, a demandé aux mutuelles adhérentes de ne pas les prendre en charge : « Soit un médicament est utile et il faut le rembourser, a-t-il fait savoir, soit il ne l'est pas et il ne faut pas le rembourser ». **Un principe de bon sens qui n'a malheureusement pas été retenu par le gouvernement.**

Il faut savoir que certains médicaments perdent de l'intérêt dans le temps, explique Laure Lechertier, responsable du département politique du médicament à la Mutualité française.

LE DIABÈTE, UNE MALADIE SILENCIEUSE SOUVENT IGNORÉE

Nous sommes 500.000 en France à souffrir de diabète de type 2 sans le savoir. Pas étonnant, cette maladie sournoise ne provoque aucun symptôme durant de longues années. En silence, le diabète affecte l'organisme augmentant le risque d'infarctus et de cécité. Se faire dépister à temps permet de prévenir des complications.

Être diabétique sans le savoir, est-ce possible ?

Oui et les diabétiques qui s'ignorent sont même nombreux. En comparaison, ils sont 2,5 millions à suivre un traitement médicamenteux.

Le diabète est une maladie insidieuse, qui ne parle pas, explique le Professeur Jean-François Gautier, secrétaire générale de la société francophone du diabète (SFD).

Les patients qui souffrent du diabète de type 2 peuvent tout ignorer de leur pathologie. Les troubles n'apparaissent qu'après plusieurs années : une soif importante, une perte de poids, des envies d'uriner fréquentes même pendant la nuit. A ce stade, le diabète risque d'avoir endommagé certains organes.

Vous ne ressentez rien du tout. C'est ça le drame avec le diabète, puisqu'il n'y a aucun symptôme.

Des dégâts irréversibles

La maladie s'attaque pourtant à l'organisme pendant toutes ces années où elle reste là sans le moindre symptôme. Un taux élevé de sucre dans le sang porte atteinte aux nerfs, aux petits vaisseaux qui irriguent les yeux et les reins, aux artères du cœur et du cerveau.

Une hyperglycémie chronique augmente donc les risques de rétinopathie, une affection grave des yeux, d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral.

« 10 à 15 % des diabétiques ont déjà des complications au moment du diagnostic » déplore le Professeur Vexiau, chef du service de diabétologie à l'hôpital Saint-Louis (Paris) et secrétaire général de l'Association française des diabétiques (AFD). Or, les complications, c'est ce qui fait toute la gravité de la maladie car le chemin est irréversible, poursuit-il.

Quand se faire dépister ?

Aujourd'hui, entre l'apparition de la maladie et le diagnostic, il se passe entre huit et dix ans, évalue le Pr Patrick Vexiau, Un laps de temps suffisamment long pour permettre à la maladie d'œuvrer en silence.

Si l'on présente des facteurs de risque, il faut faire doser sa glycémie à jeun régulièrement à partir de 40 ans, insiste en conséquence le Pr Jean-François Gautier. Ces facteurs sont bien connus, comme les antécédents familiaux, le surpoids, un manque d'activité physique... Des dosages de la glycémie peuvent être proposés plus tôt dans les familles particulièrement à risque.

Une maladie en constante progression

Les diabétiques informés rapidement de leur maladie mettent le maximum de chances de leur côté. "Si l'on dépiste tôt, on peut prévenir des complications", encourage le Professeur Vexiau. Or, on sait que "le diabète est la première cause d'amputation non traumatique en France" et "La première cause de cécité avant l'âge de 65 ans. La maladie progresse constamment parmi la population. Le diabète touche des patients de plus en plus jeunes. Alors que l'alimentation s'enrichit en sucres et en graisses et que la sédentarité gagne du terrain, le diabète apparaît désormais chez les moins de 30 ans. Il y a vingt ans, c'était très rare. Le constat est fait !" poursuit-il.

Qu'est ce que le diabète de type 2 ?

Le diabète de type 2 est aussi appelé diabète non insulino-dépendant. Deux anomalies sont responsables du diabète de type 2 : d'une part, le pancréas produit de l'insuline mais en quantité insuffisante. D'autre part, cette insuline n'agit pas efficacement. Or, l'insuline est une hormone qui permet de faire baisser la glycémie. A terme, le pancréas fatigué ne parvient plus à assurer une production d'insuline suffisante et le taux de glucose dans le sang augmente.

Le contrôle strict du taux de sucre dans le sang est le principe fondamental du traitement du diabète de type 2. Dans le cas du diabète de type 1, le corps ne fabrique plus du tout d'insuline. Ce diabète est diagnostiqué chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Il nécessite des injections quotidiennes pendant toute la vie.

Edito Entre déremboursements et nouvelles taxes... la dérive infernale de la prise en charge !

Depuis le début de ce mois d'avril - et ce n'est hélas pas un poisson du même nom ! -, environ **150 médicaments** voient leur taux de remboursement par la Sécurité sociale passer de **35 à 15 %**. Cet argument avancé par le gouvernement sous prétexte, entre autres, de réduire le déficit de l'assurance-maladie, est rebarré par la Mutualité (voir article ci-contre).

Cette fois-ci, contrairement à 2006, les autorités de l'État comptent sur nos chères mutuelles pour assurer la complémentarité de la prise en charge de ces médicaments. Autrement dit, ce sont encore les adhérents (et assurés sociaux) qui devront « mettre la main au porte-monnaie » à travers leurs cotisations qui subissent les nombreuses et diverses charges imposées durablement aux mutuelles et autres complémentaires santé !

Toujours au chapitre de la « douloureuse », et dans le flot des récentes mesures financières (franchises médicales, hausse du forfait hospitalier, déremboursement massif de médicaments, dépassements d'honoraires...), voici la chère « petite dernière »... Il s'agit de la **contribution - dite exceptionnelle -** de **0,77 %**, dans le cadre de la mobilisation nationale contre la **grippe A**. Concernant notre mutuelle, cela impactera, en 2010, plus de 6.300 euros.

Et pour conclure cet étonnant « cocktail » de charges, sachons que **le gouvernement** (dans le cadre de son prochain projet de loi de financement de la Sécu) **réfléchirait à une nouvelle taxe sur les mutuelles**, destinée à toujours... réduire le déficit. Bien que démentie par le ministère du Budget, cette information a suscité de vives réactions dans le monde mutualiste. Il s'agirait d'une sorte de "taxe flottante" qui viendrait s'ajouter à la fameuse taxe sur le chiffre d'affaires des mutuelles dont le taux était déjà passé, en 2009, de 2,5 % à 5,9 % !

Doit-on penser que **se soigner deviendrait un luxe qui n'aurait pas de prix ?**

Michel Buriens

LE DROIT DE CONSERVER SA MUTUELLE LORSQU'ON N'EST PLUS SALARIÉ...

Divers textes empêchent qu'un assuré ne perde brutalement le bénéfice de sa mutuelle lorsqu'il n'est plus salarié d'une entreprise.

En cas de licenciement : l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 a prévu qu'un salarié licencié conserve à l'identique la couverture de la mutuelle d'entreprise pendant une durée de neuf mois au maximum, tant qu'il perçoit des indemnités de chômage. L'employeur continue de payer une part de la cotisation.

En cas de retraite, d'incapacité de travail, ou de licenciement (à la fin de la période décrite ci-dessus) : la loi Evin de 1989 prévoit que les anciens salariés peuvent demander (dans les six mois) le maintien de leur complémentaire santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux. Selon la jurisprudence, les garanties proposées doivent être strictement identiques à celles en vigueur lors du départ du salarié, sans que le tarif proposé puisse être supérieur à 150% du tarif en vigueur pour les actifs. Par contre, l'employeur ne participe souvent plus au paiement de la cotisation.

EN BREF

NOUVEAU - NOUVEAU - NOUVEAU - NOUVEAU - Le nouveau centre dentaire des Mutuelles de Bretagne (actuellement situé rue de Brest, à Morlaix), est transféré à la résidence mutualiste du Poan Ben. Il ouvrira ses portes le mardi 11 mai 2010.



PSM. - Le numéro unique **39.35** vous permet d'obtenir en toute confidentialité des informations, une aide à l'orientation et des services d'écoute et d'accompagnement concernant cinq thèmes liés à la santé : **les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions et nouvellement la santé visuelle et la perte d'autonomie.** Le code dédié aux adhérents de la **Mutuelle du Télégramme** est le **4820**.



Actuellement, une campagne de communication de la Mutualité française a lieu sur les principales stations de radio, jusqu'à la mi-juin.

CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ. - Chaque assuré social et les membres de sa famille (conjoint, enfant de 4 ans et +) peuvent bénéficier d'un **BILAN DE SANTÉ GRATUIT**. Seule condition : ne pas avoir passé cet examen depuis moins de 5 ans. Des fiches d'inscription sont à votre disposition à l'infirmerie du Télégramme (à Morlaix).

Le centre d'examen de santé se situe au 2, rue Notre-Dame, BP 4227, 22042 Saint-Brieuc Cedex 2, tél. **02.96.68.40.30**.

Prévention : CAFÉ-SANTÉ
à Morlaix le 18 mai, 17 h 45
LES TROUBLES DU SOMMEIL

HORAIRE DU SECRÉTARIAT

Les permanences téléphoniques, renseignements et accueil ne sont assurés que les :

- **mardi après-midi**, de 13 h 30 à 16 h 30
- **mercredi matin**, de 8 h 15 à 12 h 15
- **jeudi après-midi**, de 13 h 30 à 16 h 30

Une idée, une remarque, une info...

contactez

☎ **02.98.63.36.02** - Fax : **02.98.63.97.84**

mutuelle.telegramme@wanadoo.fr

L'INFLUENCE DES EXPERTS ou DES EXPERTS SOUS INFLUENCE

La grippe A les a mis sur le devant de la scène. Leurs jugements sont déterminants, pourtant ils ne sont pas toujours indépendants de l'industrie. D'où, parfois, suspension sur leurs décisions.

En janvier dernier, il a été révélé que six des principaux experts qui ont conseillé la directrice de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la grippe A sont liés à l'industrie pharmaceutique. En France, six des 17 membres du comité de lutte contre la grippe A auraient reçu une rémunération personnelle des firmes en 2009, et deux seulement n'auraient pas de liens d'intérêts avec les labos. Environ deux tiers des experts travaillent avec des firmes pharmaceutiques. C'est tout le système qui dysfonctionne. Mais parfois les liens sont plus insidieux, car l'industrie a le pouvoir de créer des experts. Ces gens sont des leaders d'opinion. Ce sont eux que les journalistes voient dans les conférences de presse organisées par les laboratoires pour lancer un nouveau produit.

Hors ces experts ne sont pas toujours les meilleurs. « Il y a une dictature de l'expertise. Les bons experts ne sont pas uniquement des hospitalo-universitaires ou des chercheurs cliniciens qui fréquentent l'industrie. La meilleure preuve est celle de la revue *Prescrire*. Les professionnels de la santé qui y travaillent sont pertinents sur les médicaments et ils sont totalement indépendants », souligne Philippe Foucras, président du Formindep (collectif pour une information et une formation médicales indépendantes).

Les enjeux sont énormes : de santé, certes, mais aussi financiers, 94 millions de vaccins achetés pour la grippe A, plus de deux milliards d'euros dépensés. « C'est trois fois le budget de l'Inserm, l'organisme qui fait la recherche publique en France, trois fois celui de l'Institut national du cancer et trois fois le déficit des hôpitaux », précise Philippe Even, directeur de l'Institut Necker, à Paris, ancien expert à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). De quoi sélectionner les experts. On les choisit en fonction des résultats que l'on veut obtenir.

De tout cela, bien souvent, le citoyen ne sait rien. La santé n'est pas un bien de consommation comme les autres, il y va de la vie des gens. « Retiré du marché en 2004, le Vioxx (médicament anti-inflammatoire) a provoqué 30.000 morts aux Etats-Unis à cause de données falsifiées, de publications bidon et d'experts payés pour vanter ce médicament, rappelle toujours Philippe Foucras. Il n'a existé qu'à cause d'autorités sanitaires sous influence ».

Il faudrait créer une haute autorité de l'expertise mais... cela nécessiterait de tripler, quadrupler les budgets de nos instances sanitaires, selon le docteur Philippe Foucras.

Cherchez l'erreur...

(Source : Viva , avril 2010)

LES NOUVELLES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Depuis le 1^{er} avril dernier, les agences régionales de santé (dites ARS) sont officiellement mises en place par le ministère de la Santé.

Ces nouvelles structures sont au cœur de la réforme définie par la loi "Hôpital, patients, santé et territoire" (HPST). Elles sont chargées de centraliser la politique hospitalière, de santé et médico-sociale dans les diverses régions de notre pays, sous le contrôle direct du gouvernement. Elles auront donc un rôle majeur dans la réorganisation hospitalière actuellement menée.

Les 26 ARS (à savoir une par région) deviennent maintenant la tutelle chargée de mener la politique de santé publique en l'adaptant aux problématiques spécifiques des régions, tant en médecine de ville que pour l'hôpital ou le médico-social (handicapés, personnes âgées), la prévention, la promotion de la santé ou la sécurité sanitaire.

Cette centralisation des instances s'accompagne d'une dévolution de pouvoirs considérables aux directeurs des ARS – nommés en Conseil des ministres – et aux directeurs d'hôpitaux tout en les soumettant directement au gouvernement puisqu'ils sont révocables à tout moment.

Les opposants à la réforme – notamment les syndicats, mais aussi les Mutuelles de France ainsi que les organisations de professionnels de la santé – ont dénoncé « l'étatisation » du système de santé avec un objectif et une logique de maîtrise purement comptable des dépenses de santé.

La nouvelle organisation régionale

Les agences régionales de santé se substituent donc aux sept services de l'État et de l'assurance maladie œuvrant jusqu'à présent à l'échelon régional : agences régionales de l'hospitalisation (ARH), directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS), missions régionales de santé (MRS), groupements régionaux de santé publique (GRSP), caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et unions régionales des caisses d'assurance maladie (URMCAM).

L'ARS Bretagne est dirigée par M. Alain Gautron.

(D'après infos « Viva »)