

Le MAG

N°7



Avril 2013

DOSSIER SANTÉ

MÉDICAMENTS :

LA CRISE DE CONFIANCE ?



MUTUALITÉ
Le déficit
de l'assurance
maladie



JURIDIQUE
Les amagues
sur Internet





Jamais la Mutualité n'aura été aussi menacée avec l'accord interprofessionnel du 11 janvier 2013 signé par 3 syndicats minoritaires et le patronat. Au premier abord, l'idée que les salariés puissent bénéficier d'une couverture complémentaire santé obligatoire paraît des plus généreuses, mais à y regarder de près l'ensemble des assurés sociaux payera très cher cette avancée sociale !

Le fondement de la solidarité intergénérationnelle est menacé par la fuite obligatoire des salariés vers ces contrats qui séquentent la vie humaine entre bien portants et malades, entre actifs et inactifs... Nous sommes loin du souhait présidentiel de permettre à tous les Français d'accéder à une couverture complémentaire santé.

D'autant qu'à cette louable initiative s'y ajoute une clause pour que les branches professionnelles désignent l'organisme qui aura en charge la complémentaire santé. Par cette clause au profit de mastodontes expérimentés en contrat collectifs, c'est la disparition des mutuelles qui aujourd'hui proposent des contrats individuels grâce à la solidarité intergénérationnelle. Quel sera le coût d'une complémentaire santé pour les laissés pour compte de cet accord : les retraités, les chômeurs mais également les agents de la fonction publique ?

Ce sont de nouveaux droits qui sont à créer pour l'ensemble des citoyens de notre pays...L'idée d'un titre santé pour tous, attribué selon des critères définis par le dialogue social, est plus que jamais d'actualité.

Si le changement n'est pas pour aujourd'hui, il se prépare dès à présent ...c'est cela aussi la participation citoyenne !

Le changement sera ce que nous souhaiterons...

JEAN-LOUIS SPAN

Président de la Maison du Fonctionnaire

Somm@ire

03

LA MDF ET VOUS !

Respecter le rythme de la nature...même en cuisine !

04

05



MÉDICAMENTS : CRISE DE CONFIANCE ?

06

07

MUTUALITÉ : LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

08

JURIDIQUE LES ARNAQUES SUR INTERNET

09

BRÈVES SANTÉ

10

ZOOM SUR LA GARANTIE CAPITAL OBSEQUES

11

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) DU FONCTIONNAIRE



RESPECTER LE RYTHME DE LA NATURE...MÊME EN CUISINE !

A chaque saison ses légumes

PRINTEMPS		ÉTÉ	
Aromatiques : coriandre, cerfeuil et persil frisés, ciboulette		Aromatiques : cresson, cerfeuil, ciboulette, persil, livèche, menthe	
Ail	Pomme de terre nouvelle	Fraise, cassis, framboise, abricot, pêche	Tétragone
Asperge	Pois gourmand	Chou romanesco	Artichaut
Carotte nouvelle	Chou	Carotte	Aubergine
Navet nouveau	Chou rave	Céleri	Poirée
Radis nouveau	Chou rouge	Mais	Concombre
Fèves	Laitue	Salade	Melon, pastèque
Salade	Artichaut	Haricot	Courgette
Epinard	Mesclun	Radis	Betterave
Rhubarbe	Arroche	Pomme de terre	Poivron, piment
Poireau		Tomate	Fenouil
Dignon		Poireau	Lentille
Fenouil			
Petit pois			



AUTOMNE		HIVER	
Aromatiques : basilic, shiso, thym, romarin, sauge, laurier		Aromatiques : oseille verte-rouge	
Céleri	Noisette	Potimarron	Navet d'hiver
Mâche	Noix	Potiron	Radis d'hiver
Betterave	Champignon	Epinard	Panais
Navet	Potimarron	Mâche	Pomme de terre
Echalote	Potiron	Chou	Rutabaga
Panais	Epinard	Chou milan	Crosne
Rutabaga	Mâche	Chou-fleur	Oca du Pérou
Raifort	Chou milan	Poireau	Topinambour
Raisin	Chou-fleur	Endive	Oignon
Poire	Poireau	Courge	Echalote
Pomme	Endive		Pourpier
Pomme de terre	Courge		
Coing			



A l'heure où l'on parle de cuisine moléculaire, un grand chef, Alain Passard ⁽¹⁾, nous rappelle à l'essentiel : dans le mot cuisine, il y a le mot cuire. Sa spécialité, c'est la cuisine légumière, créative par ses couleurs et ses parfums. Cependant, il faut cesser de penser aubergine, courgette, poivron ou concombre toute l'année. Même si sur les marchés nous croisons l'été et l'hiver en même temps, si c'est Noël en juillet ou Pâques en novembre, nous devons apprendre à respecter la saisonnalité, élément conditionnant également une bonne santé. La saveur d'une tomate cultivée en plein champ et qui aura mis au moins 120 jours pour passer du stade de graine au stade de fruit en pleine maturité, est incomparable avec celle d'une tomate produite toute l'année, hors sol en 50 jours. Si la tomate arrive à point nommé pour nous désaltérer en été, un potiron saura nous réchauffer l'hiver....Le plus beau livre de cuisine n'est-il pas écrit par la nature ? Le tableau intitulé « A chaque saison ses légumes » peut nous guider tout au long des quatre saisons dans le choix de bons produits.

¹ Alain Passard 3 étoiles au guide Michelin

MÉDICAMENTS :

CRISE DE CONFIANCE

La Ministre de la Santé l'a encore affirmé le 1er octobre dernier : la France serait une grosse consommatrice de médicaments et, cerise sur le gâteau, le prix des médicaments serait jusqu'à 30 % plus cher que chez nos voisins européens. Les différents scandales dont celui du médiateur n'ont que très peu infléchi la consommation médicamenteuse française. Non seulement nous consommons beaucoup mais les autorités de santé françaises ne savent pas négocier les prix des médicaments. Sur les 5,1 milliards d'euros de déficit de l'Assurance maladie prévu pour 2013, la Ministre de la santé prévoit 1 milliard d'économie sur le poste « médicament » par une meilleure négociation avec les laboratoires pharmaceutiques, une baisse espérée de la consommation conjuguée à une accentuation de la prise de médicaments génériques.

QUELQUES CHIFFRES

L'année 2012 a vu pour la première fois une baisse significative de la consommation de médicaments. Il s'agit d'une légère inflexion de 1,5 % pour les médicaments sous prescription et de 0,4 % pour les médicaments en vente libre, soit 40 millions de boîtes en moins sur un total de 3 milliards.

En 2010, année record, la consommation était de 48 boîtes de médicament par français et par an. Le pire est que, selon l'Igas (Inspection générale des affaires sociales), un médicament sur deux n'est pas consommé.

Ce recul sera-t-il durable ? Oui, car les raisons de ce recul sont multiples et profondes. Ainsi, avec la perte de confiance née des scandales de ces dernières années, c'est notamment tout le rapport des français au médicament qui est en train de changer.



LE SCANDALE DU MÉDIATOR

S'il est un scandale qui a marqué un tournant dans la relation du français au médicament, c'est bien celui du Médiateur. La commercialisation de ce médicament a eu lieu en France en 1976 par les laboratoires Servier pour traiter le diabète et les problèmes d'obésité. C'est pour cette prophylaxie que le Médiateur a reçu son autorisation de mise sur le marché (AMM). Au fil du temps, ce médicament était prescrit hors AMM, c'est-à-dire en infraction à l'autorisation de mise sur le marché, comme coupe faim. Or, dès 1997, l'isoméride, un autre coupe faim destiné aux diabétiques, est retiré du marché car il provoque des problèmes cardiaques. En 1999, l'Italie retire le Médiateur de la vente. En 2000, une étude américaine montre que le benfluorex (le principe actif du Médiateur) et l'isoméride se transforment en une molécule de norfenfluramine, **un poison pour le cœur.**

Il faudra attendre le 30 novembre 2009 pour que le Médiator soit retiré de la vente par l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé), malgré le combat de certains médecins comme Irène Frachon (pneumologue à Brest). Son livre « Médiator, combien de morts ? » sorti le 3 juin 2010.

Le 18 décembre 2010, une étude de l'Afssaps impute au Médiator de 1000 à 2000 morts.

Le 16 novembre 2010, Xavier Bertrand, Ministre de la Santé souhaite que tous les patients ayant été traités par le Médiator consultent leur médecin. En même temps, l'Afssaps confirme le chiffre de 500 morts imputables au Médiator et conseille à tous les patients qui ont pris le médicament pendant au moins 3 mois de consulter.

Pourtant, l'Agence du médicament avait été saisie du dossier Médiator dès 1998 par l'Assurance maladie de Bourgogne qui remettait en cause l'efficacité de ce médicament. L'Agence européenne du médicament avait émis des inquiétudes dès 1999. Le 16 janvier 2011, l'Igas rend son rapport sur l'affaire du Médiator qui met en cause les laboratoires Servier mais n'épargne pas l'Afssaps, estimant que le retrait de la commercialisation du Médiator aurait dû intervenir 10 ans plus tôt.



LES RESPONSABILITÉS

Elles sont multiples. Le laboratoire Servier bien sûr qui connaissait de longue date la dangerosité du Médiator et notamment depuis l'année 2000 avec l'étude américaine sur les méfaits conjugués de l'isoméride et du benfluorex.

Les autorités de santé portent une lourde responsabilité. L'autorité européenne qui a réagi tardivement mais surtout l'Afssaps qui a laissé les professionnels de santé prescrire ce médicament en sachant que le Médiator était essentiellement comme coupe-faim et en connaissant parfaitement la dangerosité de l'association de ces deux molécules pour le cœur. Les médecins ne sont pas exempts de responsabilité en ayant détourné ce médicament de sa prophylaxie originelle. Le directeur de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) qui a remplacé l'Afssaps, Dominique Maraninchi, a été mis en examen mi-mars 2013 dans cette affaire. La justice lui reproche des fautes de négligences commises en 1995 et 2009.

D'autres scandales sont venus alimenter la défiance des français envers les médicaments et les labos. Rappelons-nous le vaccin de la grippe A H1N1 en 2009, le Di Antalvic (65 décès par an), la Cérivastatine (52 décès et un millier de lésions musculaires graves), le Distilbène (Cancers, malformations, infertilités) et plus récemment la pilule de troisième génération et bon nombre d'anti-inflammatoires. Dans tous ces scandales, les autorités de santé françaises ont tardé à appliquer ne serait-ce que le principe de précaution.

LES GÉNÉRIQUES

Pour faire des économies, l'Assurance maladie privilégie la prescription de médicaments génériques, allant jusqu'à contraindre les assurés sociaux à les prendre sous peine de refus de tiers payant. Apparus en 1996, ils sont majoritairement prescrits depuis 1999. Ils sont entre 45 et 55 % moins chers que le princeps (à relativiser car, les labos ont baissé les prix des princeps pour les aligner le plus possible sur les tarifs des génériques). Cependant le générique n'est pas une copie conforme du princeps et il n'est généralement pas aussi efficace car, s'il contient le même principe actif, la concentration de la molécule peut varier de moins à plus 20 %. On observe plus d'effets secondaires, notamment nausées et vomissements, inexistantes avec le princeps, qui sont dus aux excipients utilisés. Autre petit effet pervers, le packaging fait que le malade doit se faire prescrire plus de boîtes que s'il utilisait le princeps. Ainsi le malade est davantage taxé par le biais de la franchise médicale, qui est de 0,50 € par boîte sous plafond de 50 € par an.

Collusions ou bienveillance des autorités de santé avec les laboratoires, des génériques dont on ne connaît pas encore tous les effets, mises sur le marché et prescription de médicaments inutiles voire complètement inefficaces, la crise du médicament est bien installée. Une moindre consommation ne constitue pas seulement une économie pour l'Assurance maladie, elle préserve la santé de chaque individu. D'autres alternatives au médicament existent et se développent. Il faudrait, pour les encourager, une participation plus importante dans leur prise en charge par l'assurance maladie.

Les médicaments à écarter

Cardiologie : L'aliskirène (Rasilez) comme antihypertenseur, le fénobibrate (Lipanthyl ou Befizal) comme hypocholestérolémiant, l'ivabradine (Procoralan) contre l'insuffisance cardiaque, le nicorandil (Adancor et autres) comme vasodilatateur qui sont jugés inefficaces avec souvent des effets secondaires.

Cancérologie : 5 cytotoxiques sont à retirer du marché car ils ont une balance bénéfices-risques moins favorable que d'autres cytotoxiques, il s'agit du catumaxomab (Removab), le panitumumab (Vectibix), la trabectédine (Yondelis), le vandétabib (Caprelsa) et la vinflumine (Javlor).

Dermatologie : Le tacrolimus dermique (Protopic), un immunodépresseur dans l'eczéma qui expose à des risques de cancers cutanés et lymphomes. La méquitazine (Primalan), un antihistaminique d'efficacité modeste. La prométhazine injectable (Phenergan) qui expose à des nécroses cutanées.

Gynécologie - Endocrinologie : La tibolone (Livial), un stéroïde de synthèse dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause qui expose à des effets secondaires.

Gastro-entérologie : La dompéridone (Motilium ou autre), un neuroleptique qui expose à des troubles cardiaques et des morts subites.

Infectiologie : La moxifloxacine (Izilox) et la télithromycine (Ketek) qui exposent à des syndromes de Lyell, à des hépatites fulminantes et à des troubles cardiaques.

De nombreux antalgiques et anti-inflammatoires sont à retirer du marché pour leur inefficacité

Source : «Revue Prescrire»

LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

Au début des années 1990, les comptes de l'assurance maladie étaient quasi équilibrés. En 2008, le déficit était de 4,4 milliards d'euros (0,23 point du PIB). Le déficit actuel de l'assurance maladie, de l'ordre de un point du PIB (produit intérieur brut), est conjoncturel et résulte pour l'essentiel de la crise économique qui a réduit les recettes de cotisations sociales et de CSG (contribution sociale généralisée). Il devrait se résorber automatiquement avec le retour de la croissance. Avant la crise économique de 2008-2009, l'assurance maladie présentait un déficit de l'ordre de 0,2 point du PIB, considéré comme structurel car, sans être en plein emploi, l'économie française croissait suffisamment vite pour que le chômage recule et que les recettes fiscales et sociales soient optimisées.

Chaque année une LFSS (Loi de finances de la sécurité sociale) tempère cette hausse par des mesures de non remboursement, de baisse de prise en charge par l'assurance maladie, augmentant d'autant le ticket modérateur, à la charge des assurés et généralement pris en charge par les mutuelles, par la mise en place des franchises sur les médicaments et actes médicaux et la création de taxes. Le 2 mai 2011, le remboursement des vignettes bleues par l'assurance maladie passait de 35% à 30%, baisse compensée par les mutuelles.



Ainsi les contrats mutualistes qui n'étaient pratiquement pas taxés le sont aujourd'hui à hauteur de 13,28 % des cotisations payées par l'adhérent, 6,28 % pour le financement de la CMU (les adhérents des complémentaires santé financent intégralement la Cmu-c) et 7 % au titre de la TSCA (Taxe spéciale sur les conventions d'assurance).

L'adhésion à une mutuelle, rendue de plus en plus vitale avec les désengagements de l'assurance maladie, est taxée deux fois plus qu'un repas au restaurant.

60 ANNÉES DE DÉPENSES DE SANTÉ

Chiffres tirés de l'étude n°831 de février 2013 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

En soixante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,6 % en 1950 à 9,1 % du PIB en 2010.

De 1950 à 1985, la CSBM a progressé plus rapidement que le PIB, en raison du développement de l'assurance maladie et d'une forte croissance des dépenses hospitalières. Cette période est marquée par d'importants programmes de construction d'hôpitaux. Depuis 1985, dans un contexte économique moins favorable, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation.

La part du financement de la CSBM par la Sécurité sociale (51 % en 1950) a progressé au fur et à mesure de l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population. Après avoir atteint un pic à 80 % en 1980, elle décroît légèrement depuis (75,7 % en 2010). Symétriquement, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires et les ménages a fortement reculé, passant de 37 % en 1950 à 17 % en 1980, pour remonter à 23 % en 2010. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par l'assurance complémentaire a augmenté de 1,4 point et atteint 13,5 % de la dépense en 2010, tandis que celle laissée à la charge des ménages a fluctué entre 9 % et 10 % pour s'établir à 9,6 % en 2010.

COMMENT ÇA MARCHE ?

En 2011, du point de vue des contributeurs, le financement est assuré à 45,3 % par les entreprises, à 45,7 % par les ménages, et à 9 % par les administrations publiques. Du point de vue de la structure des recettes, le financement est assuré par :

- les cotisations sociales à hauteur de 59,1 %;
- la contribution sociale généralisée (CSG) pour 20,5 %;
- les impôts et taxes pour 12,3 %;
- des transferts pour 6,1 %;
- d'autres produits pour 1,9 %.

Le financement est ainsi principalement assis sur les cotisations sociales et les contributions, telle la CSG. Ces prélèvements sont établis sur la base des salaires bruts de la manière suivante:

- des cotisations assises sur le travail salarié, pour lesquelles on distingue deux parts de cotisations devant être versées par l'employeur aux Unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) :
 - > une part salariale, correspondant à 7,5% du salaire brut;
 - > une part patronale, correspondant à 30,48% du salaire brut.
- des contributions assises sur les revenus de toute nature, dont le salaire :
 - > la contribution sociale généralisée (CSG), représentant 7,5% du salaire brut;
 - > la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), représentant 0,5% du salaire brut.

LES CADEAUX DE L'ETAT EN QUESTION

L'Etat obère cependant ces rentrées d'argent pour l'assurance maladie. C'est notamment le cas avec la niche concernant les contrats collectifs obligatoires. L'article 113 de la loi du 21/08/2003 dite loi Fillon dispense de charges fiscales les cotisations payées par l'employeur qui souscrit un contrat collectif complémentaire santé obligatoire, c'est-à-dire s'appliquant obligatoirement à tous les salariés de son entreprise. Les cotisations payées par le salarié sont aussi exonérées de charges fiscales et sociales.

Ce qui peut apparaître une bonne idée coûte, selon un rapport de la Cour des Comptes de 2011, plus de 4 milliards d'euros par an à l'Etat, somme qui manque chaque année dans les comptes de la Sécurité sociale.

Cette niche fiscale est d'autant plus inégalitaire qu'elle ne concerne qu'une partie de la population et seulement pendant le temps où elle est salariée. Beaucoup de français en sont exclus, les 15 millions de retraités, les chômeurs, les étudiants, les fonctionnaires et autres professions. Cette niche fiscale a d'ailleurs été jugée inégalitaire par la Cour des comptes.

L'Etat affecte normalement l'intégralité des taxes sur les produits nuisibles à la santé, c'est le cas du tabac, de l'alcool et des boissons sucrées. Or une partie de ces taxes ne rentre pas dans le financement de la Sécurité sociale et plus particulièrement de l'assurance maladie. C'est aussi le cas de la fameuse journée travaillée qui devait venir en aide aux personnes âgées, son affectation comptable n'est pas intégralement reversée à la Sécurité sociale.



LES ORGANISMES GÉRANT LA DETTE DE LA SÉCU

→ **L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss)**, établissement public national à caractère administratif, est la Caisse nationale des Urssaf. L'Acoss est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général de la Sécurité sociale (gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et par la Caisse nationale des allocations familiales). Elle intervient également pour le compte d'autres acteurs du système de protection sociale. Chaque année, une partie du déficit des régimes de base obligatoires de sécurité sociale est transférée à une caisse d'amortissement de la dette.

→ **La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)** a été créée par ordonnance en date du 24 janvier 1996 et modifiée par la loi du 13 août 2004. La CADES a pour principal objectif le rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale par l'apurement de la dette sociale. Pour abonder les comptes de la CADES et rembourser progressivement la dette accumulée, il a été créé et affectée à cette caisse la contribution pour le remboursement de la dette. Mais c'est l'Etat qui, avec la loi de financement de la Sécurité sociale, fixe les priorités de dépenses et de recettes pour chaque année avec pour l'assurance maladie, l'Ondam, l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie qui intervient directement sur les dépenses de santé.

DES PISTES POUR LE FUTUR

Le déficit conjoncturel de l'assurance maladie s'estompera avec la fin de la crise et la régression du chômage. Il restera le déficit structurel, de moindre importance, dont la résorption est plus une question de choix politique et de santé publique. Dans l'immédiat, la Cour des comptes propose pour 2013 de faire passer la CRDS de 0,50 % à 0,56 % sur les revenus du travail et du capital et d'aligner le taux de CSG (Contribution sociale généralisée) qui s'applique sur les retraites (6,6 %) sur celui de l'ensemble des actifs (7,5 %), ce qui rapporterait 1,2 milliards d'euros. Il serait louable que le gouvernement ait le courage de supprimer toutes les niches fiscales et notamment celles des contrats collectifs obligatoires (gain = 4 milliards d'euros par an), d'en finir avec les régimes spéciaux, de rendre aux CPAM la gestion du régime obligatoire des étudiants et des fonctionnaires (gain = 500 millions d'euros par an). Il serait urgent aussi de mieux distribuer l'argent récupéré et de ne pas soumettre les chômeurs et les retraités à une double punition. Ces catégories de populations sont pénalisées par une perte de revenu subite et ont de plus en plus de mal à se financer une complémentaire santé convenable. La suppression de la TSCA de 7 % sur les cotisations des mutuelles serait un premier pas. Les mutuelles l'ont demandé et se sont engagées à répercuter intégralement cette baisse sur les cotisations. Il serait temps aussi de redéfinir les remboursements de l'assurance maladie en tenant compte des progrès techniques et des nouvelles disciplines dites éco-médecines. En remboursant mieux les professionnels de santé, les mutuelles reprendraient leur rôle de complémentarité en matière de remboursement des frais de santé et mettrait fin aux dépassements d'honoraires qui ne seraient alors plus justifiés.

LES CHIFFRES 2011 DE LA CNAMTS

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

DÉFICIT DE L'ASSURANCE
MALADIE ENTRE 2000 ET 2012

Année	Branche Maladie
2000	-1,6
2001	-2,1
2002	-6,1
2003	-11,1
2004	-11,6
2005	-8
2006	-5,9
2007	-4,6
2008	-4,4
2009	-10,6
2010 ⁷	-11,6
2011	-8,8
2012	-5,9

- Le régime général compte près de 57 millions de bénéficiaires.
- 88 % de la population est assurée par la CNAMTS qui finance 86% de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.
- 145,9 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2011.
- La part des dépenses de santé dans le PIB représente près de 12,1 % du PIB en 2010.

LES ARNAQUES SUR INTERNET



Réseaux sociaux, sites de rencontres, petites annonces... Tous les moyens sont bons pour les escrocs en tout genre pour sévir sur le Web et tenter de vous soutirer de l'argent. Des techniques variées dont nous allons faire l'inventaire.

QUELQUES RECETTES D'ARNAQUES :

→ Un ami en détresse :

Il s'appelle « Patrick Ardouin », un nom courant, il vous contacte en s'excusant de ne pas avoir donné de nouvelles depuis un bon moment. Vous doutez mais vous finissez par vous dire que vous connaissez probablement cet individu (les bienfaits des réseaux sociaux ou chacun ne sait plus avec qui il est ami). Et là, la litanie commence et cet « ami », coincé au Mali, vous demande l'envoi d'un mandat généralement par Western Union. Il gonfle la somme pour en obtenir qu'une partie...

Conseil : Coupez court de suite car ces escrocs ont un « bagou » très bien rodé.

→ De l'argent dans une banque qui m'attend :

Trop beau pour être vrai pourtant, surtout en cette période de crise, on a envie d'y croire. Ça se passe au Bénin, un décès et un compte bien garni d'un français décédé si loin... Récupérer l'argent est simple, il suffit de donner des informations personnelles et de contacter un avocat sur place dont les coordonnées sont fournies par l'arnaqueur. L'avocat contacté demande une somme de 2000 euros correspondant à ses honoraires pour débloquer l'argent. C'est tellement facile au Bénin. Et là encore, un mandat par Western Union.

Conseil : Ne jamais donner suite à une quelconque demande de mandat surtout par Western Union.

→ Les trop bonnes affaires sur le Bon coin :

Ce site réputé contient nombre d'arnaques en tout genre sur des produits inexistantes : location de maison avec envoi du premier loyer par mandat (vers la Grande Bretagne essentiellement) pour la réserver car il y a beaucoup de monde intéressé, des voitures en pagaille, volées, trafiquées ou virtuelles...

Conseil : Dans les transactions entre particuliers, le site le Bon coin n'est nullement garant. Il ne faut donc pas payer avant d'avoir reçu le bien.

LES PLUS CONNUES :

→ Le phishing :

On vous harponne par un mail qui ressemble à s'y méprendre à ceux de votre banque, fournisseur téléphonique, EDF, compte Paypal ... Il vous est simplement demandé de vous connecter avec vos identifiants et de saisir vos coordonnées bancaires. Et si vous tombez dedans, votre compte en banque va rapidement se dégarir.

Conseil : Avant de répondre, ayez le réflexe de vérifier sur « Google » la présomption d'arnaque. Ne jamais cliquer sur un lien dans un mail. Ces établissements ne demanderont jamais un numéro de carte bleue par mail. Ce type d'infos est toujours demandé sur une URL sécurisée (<https://www.>), si l'URL est en <http://www.>, c'est obligatoirement du phishing.

→ La fausse prime :

Un faux courriel de la CAF (Caisse d'allocations familiales) vous prévient que vous avez droit à une prime de vacances. Pour la toucher, il suffit de communiquer vos informations personnelles avec copie de justificatifs de domicile et de carte d'identité. Et là, ça peut faire mal avec des arnaques opérées sous votre identité.

Conseil : Ne jamais transmettre des pièces d'identification. La CAF ne le demanderait jamais par mail.

→ Le faux héritage :

Un grand classique. Une personne, généralement malade, préfère donner son argent à un inconnu que de laisser le gouvernement « corrompu » s'en saisir. Il est tombé sur vous par hasard et vous demande vos coordonnées bancaires pour faire un virement en votre faveur contre un petit acompte pour payer les frais. D'autres variantes existent avec des loteries gagnantes...

Conseil : Arrêtez de croire au Père Noël !

→ Au chantage :

Sur un site de rencontre, l'arnaqueur profite souvent de la détresse affective ou de la solitude pour entamer un dialogue qui se prolonge par des actes sexuels filmés en Webcam. L'escroc menace alors de diffuser la scène enregistrée sur le Net, sauf versement d'une rançon.

Conseil : Quelles que soient vos pulsions, n'acceptez jamais de vous laisser aller en Webcam

CONTACT UTILE :

Info escroqueries : 0 811 02 02 17 et www.internet-signalement.gouv.fr

Quelques chiffres 2012 (Observatoire national de la délinquance) :

- 33 944 infractions de délinquance astucieuse par Internet
- 50 000 signalements

ASSURÉ DE PLUS DE 16 ANS : DÉCLARER LE MÉDECIN TRAITANT



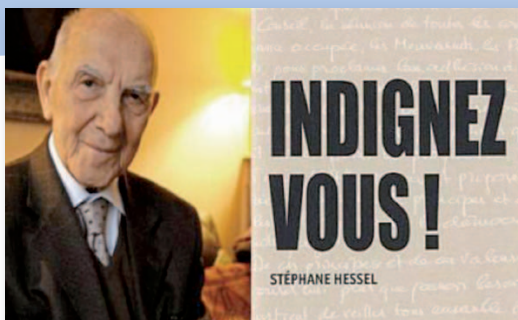
Avant ses 16 ans, votre enfant n'est pas astreint au parcours de soins coordonnés. En revanche dès qu'il atteint cet âge, il faut déclarer son médecin traitant sinon vos remboursements seront considérablement réduits.

Quelle conséquence sur les remboursements?

Si le jeune ou ses parents oublie de déclarer ce médecin traitant référent, les remboursements de soins sont considérablement minorés : de 70 %, la prise en charge passe à 30 %.

Il en sera de même s'il consulte un médecin spécialiste sans avoir préalablement consulté son médecin traitant (exception faite des quelques spécialistes consultables directement).

STÉPHANE HESSEL, ANCIEN RÉSISTANT ET AUTEUR D'"INDIGNEZ-VOUS !", EST MORT À L'ÂGE DE 95 ANS



Stéphane Hessel, ancien résistant et diplomate français, auteur du livre *Indignez-vous !*, est mort dans la nuit du mardi 26 au mercredi 27 février à l'âge de 95 ans. Le petit manifeste, paru fin 2010, s'est écoulé à plus de 2 millions d'exemplaires. Né en 1917 à Berlin (Allemagne), en pleine première guerre mondiale, Stéphane Hessel est notamment connu pour ses prises de position concernant les droits de l'homme, le droit d'asile et l'accueil des migrants. Il a successivement été résistant, déporté, diplomate.

LA CHAMBRE D'HÔPITAL DU FUTUR VOIT LE JOUR À LILLE

Trente entreprises du Nord-Pas-de-Calais se sont unies pour concevoir un prototype de chambre d'hôpital intelligente.



Le nouveau concept de la chambre d'hôpital du futur, dévoilé aujourd'hui par Le Clubster Santé et le CHRU de Lille, préfigure le service ambulatoire de la médecine de demain. Trente entreprises du Nord-Pas-de-Calais se sont unies, à la suite de la réforme des achats hospitaliers visant à réduire les coûts de fonctionnement, pour concevoir ce prototype de chambre intelligente. Toutes les technologies « dernier cri » sont mises au service du patient, y compris la reconnaissance vocale et la commande domotique en interface grâce aux écrans.

DEUX PRATICIENS SECTEUR 1 CONDAMNÉS POUR DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les dossiers de deux praticiens de secteur 1, un chirurgien et un ORL, poursuivis par l'assurance maladie pour non respect des tarifs opposables, ont été examinés hier mercredi en appel, en Commission paritaire nationale (CPN). Ils risquaient chacun un an de suspension de la participation de l'assurance maladie à leurs cotisations sociales, et la caisse demandait même un déconventionnement d'un an pour l'un d'eux. Ils ont écopé chacun de six mois de suspension de participation au paiement de leurs charges sociales, quand bien même les dossiers présentés "n'étaient pas complets", a rapporté un participant, puisque l'un des deux praticiens était affilié à deux caisses primaires et que des pièces afférentes ne figuraient pas dans le dossier.



LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE DANS LE VISEUR

Alors que la "cigarette électronique" fait de plus en plus d'adeptes, la Ministre de la Santé Marisol Touraine a commandé "une enquête" sur la nature et les risques de ce produit. La cigarette électronique, qui recrée l'acte de fumer, est utilisée comme une méthode de sevrage par les fumeurs. Elle est aujourd'hui "consommée par des centaines de milliers de Français. Il faut faire preuve de prudence", a averti la Ministre mardi sur France Info.

"J'ai demandé à mes services de me dire très précisément de quel type de produit il s'agit", a annoncé Marisol Touraine. "Est-ce qu'on peut considérer qu'il s'agit d'un produit de grande consommation ? Est-ce que c'est un dispositif médical ? Quelles sont les caractéristiques de ce produit ?", s'interroge la Ministre. Il faut également "faire une évaluation bénéfique/risque de ce dispositif, qui pose un certain nombre de questions".

CONGÉ DE MALADIE ORDINAIRE (CMO) DU FONCTIONNAIRE

Mise à jour le 10.10.2012 - Direction de l'information
légale et administrative (Premier ministre)

En cas de maladie attestée par un certificat médical, le fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) a droit à des congés de maladie dits congés de maladie ordinaire (CMO). Le fonctionnaire est placé en congé de maladie ordinaire, que la maladie soit d'origine professionnelle ou non professionnelle.

- Droit à congé
- Durée du congé
- Rémunération
- Effets des congés de maladie sur la situation du fonctionnaire
- Fin du congé
- Références



DROIT À CONGÉ

Pour obtenir un congé de maladie ordinaire ou son renouvellement, le fonctionnaire doit adresser à son administration un avis d'arrêt de travail établi par un médecin, un dentiste ou une sage-femme. Cet arrêt doit être transmis dans les 48 heures. L'intéressé doit adresser à son administration les volets n° 2 et 3 et conserver le volet n° 1 comportant les données médicales confidentielles. Ce volet n° 1 doit être présenté au médecin en cas de contre-visite ou de tout autre examen médical.



DURÉE DU CONGÉ

a) Maladie non professionnelle

Le fonctionnaire peut bénéficier d'un congé de maladie ordinaire d'un an pendant une période de 12 mois consécutifs (année médicale). L'année médicale est mobile et s'apprécie de date à date. Tous **les jours calendaires** sont pris en compte. La prolongation d'un congé de maladie au-delà de 6 mois consécutifs est soumise à l'avis du **comité médical**.

b) Maladie professionnelle

Lorsque la maladie provient de blessures ou d'affections contractées ou aggravées en service ou d'un accident de travail, le fonctionnaire est placé en congé de maladie jusqu'à sa reprise de service ou sa mise à la retraite. Dans les fonctions publiques d'État et hospitalière, la durée du congé des fonctionnaires stagiaires est limitée à 5 ans. L'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est soumise à l'avis de la commission de réforme, sauf lorsque l'administration reconnaît cette imputabilité.

RÉMUNÉRATION

Circulaire du 24 février 2012 relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics.

La ministre de la fonction publique a annoncé le 20 février 2013 que le gouvernement proposera au vote du parlement la suppression du jour de carence des fonctionnaires lors de congés de maladie ordinaire. Depuis le 1^{er} janvier 2012, en cas de congé de maladie ordinaire pour maladie non professionnelle, le 1^{er} jour de congé n'est pas rémunéré. On parle communément de **jour de carence**. Seul le supplément familial de traitement (SFT) continue d'être versé. Le jour de carence consiste à ne pas rémunérer un agent la première journée de chaque congé de maladie ordinaire, quel que soit le jour sur lequel tombe cette 1^{ère} journée (jour de temps partiel, jour férié, samedi, dimanche, ...). Sont concernés, les fonctionnaires (stagiaires et titulaires) et les agents non titulaires des 3 fonctions publiques en congé de maladie ordinaire pour maladie non professionnelle.

Le jour de carence ne s'applique pas aux situations suivantes :

- congé de maladie ordinaire pour accident du travail ou maladie professionnelle,
- prolongation d'un arrêt de travail,
- congé de longue maladie,
- congé de longue durée (ALD).
- congé de grave maladie.

À noter : le congé de maternité (y compris les congés pour couches pathologiques), le congé d'adoption et le congé de paternité ne sont pas concernés par le jour de carence.

Le jour de carence peut être remboursé si l'agent se trouve dans l'un des cas suivants

- lorsque l'agent en congé de maladie ordinaire est placé rétroactivement en congé de longue maladie,
- ou lorsque sa maladie est reconnue rétroactivement maladie professionnelle.

TRAITEMENT DE BASE

Au cours d'une année médicale, le fonctionnaire en congé de **maladie ordinaire** perçoit son traitement indiciaire en intégralité pendant 3 mois (90 jours). Pendant les 9 mois suivants (270 jours), le traitement indiciaire est réduit de moitié, déduction faite du ou des jours de carence. Lorsque le montant du demi-traitement est inférieur au montant des indemnités journalières de la Sécurité sociale, le fonctionnaire perçoit une **indemnité différentielle**. En cas de congé pour **maladie professionnelle ou accident du travail**, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à sa reprise de service ou sa mise à la retraite (le fonctionnaire d'État stagiaire, pendant 5 ans maximum). Aucun jour de carence n'est appliqué.

À noter : en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, le fonctionnaire a droit au remboursement des honoraires et des frais médicaux directement entraînés par la maladie ou l'accident, même après sa mise à la retraite.

INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE

L'indemnité de résidence est versée en intégralité durant toutes les périodes de congé sauf pendant les jours de carence.

SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Le Supplément familial de traitement (SFT) est versé en intégralité durant toutes les périodes de congé y compris pendant les jours de carence.

NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE (NBI)

La Nouvelle bonification indiciaire (NBI) est versée dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire :

- en cas de congé pour maladie non professionnelle : en intégralité pendant 3 mois (90 jours) puis réduits de moitié pendant les 9 mois suivants (270 jours), déduction faite du ou des jours de carence.
- en cas de congé pour maladie professionnelle ou accident du travail : en intégralité pendant toute la durée du congé. Aucun jour de carence n'est appliqué.

PRIMES ET INDEMNITÉS

- 1) Dans la fonction publique d'État, les primes sont versées dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire. Toutefois, lorsque des modulations ou des suspensions sont prévues en fonction des résultats et de la manière de servir ou en cas de remplacement de l'agent, elles sont normalement appliquées.
- 2) Dans la fonction publique territoriale, les conditions de suspension ou de maintien des primes sont fixées par délibération de la collectivité territoriale.
- 3) Dans la fonction publique hospitalière, aucune disposition ne fixe les règles de maintien ou de suspension des primes.

EFFETS DES CONGÉS DE MALADIE SUR LA SITUATION DU FONCTIONNAIRE

Les périodes de congé de maladie ordinaire sont prises en compte pour l'avancement et la retraite.

FIN DU CONGÉ

À l'issue de son congé, le fonctionnaire réintègre son emploi.

Lorsqu'il a été en congé de maladie pendant 12 mois consécutifs, sa reprise de fonctions est soumise à l'avis favorable du comité médical.

En cas d'avis défavorable, il est :

- soit mis en disponibilité d'office,
- soit reclassé dans un autre emploi,
- soit reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi et admis à la retraite pour invalidité après avis de la commission de réforme.

La rémunération à demi-traitement est maintenue, si nécessaire, jusqu'à la décision de reprise de service, de mise en disponibilité d'office ou d'admission à la retraite pour invalidité.

Le fonctionnaire qui refuse sans motif valable lié à son état de santé, le ou les postes qui lui sont proposés, peut être licencié après avis de la CAP .

À noter : des dispositions particulières sont prévues pour les fonctionnaires stagiaires.

Références

- Code de la sécurité sociale : Article L712-1
- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État : Articles 34 - 2°, 34 bis et 65
- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale : Articles 57 - 2°, 57 - 4 bis et
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : Articles 41 - 2°, 41-1 et 80
- Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 : article 105
- Décret n°96-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires : Articles 24 à 27
- Décret n°87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux : Articles 14 à 17
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière : Articles 14 à 17
- Décret n°93-522 du 26 mars 1993 relatif aux conditions de mise en oeuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique de l'État : Article 2
- Décret n°93-863 du 18 juin 1993 relatif aux conditions de mise en oeuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique territoriale : Article 2
- Décret n°94-139 du 14 février 1994 relatif aux conditions de mise en oeuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique hospitalière : Article 2
- Décret n°94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics : Article 24
- Décret n°2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État dans certaines situations de congés
- Circulaire du 24 juillet 2003 relative aux modalités de traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires
- Circulaire n° BCRF 1031314C du 26 août 2010 relative au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats dans certaines situations de congés

A part moi,
qui s'occupe de
ma retraite ?

ooo



RETRAITE, Préfon vous répond

Recommandé
par la Maison
du fonctionnaire

Préfon (Caisse Nationale de Prévoyance de la Fonction Publique) est une association à but non lucratif depuis plus de 45 ans.

Préfon-Retraite est le N°1 de la retraite complémentaire facultative du Service Public avec plus de 370 000 affiliés et plus de 10 milliards d'euros d'actif.

Préfon-Retraite offre une rente viagère en contrepartie de cotisations versées.

Le régime **Préfon-Retraite** vous assure :

- **La sécurité** : les points acquis ne peuvent pas baisser et vous garantissent un revenu à vie.
- **La souplesse** : vous effectuez des versements (cotisations et rachat d'années) quand vous le souhaitez, régulièrement et/ou ponctuellement, et vous pouvez changer d'avis à tout moment sans pénalité.
- **Une déductibilité fiscale** : payez moins d'impôts en bénéficiant d'une déduction fiscale de vos versements*.

Vous êtes un agent de la Fonction Publique ou ancien agent ?

Vous pouvez bénéficier de Préfon-Retraite ainsi que votre conjoint.

Nos conseillers experts retraite sont à votre disposition pour vous répondre personnellement.

Code Préfon : APMDFI

30 25

APPEL
GRATUIT
depuis un poste fixe

www.prefon-retraite.fr

Préfon
Retraite
Complémentaire et Nécessaire

Communication à caractère publicitaire.

Les caractéristiques présentées, dont les conditions et limites sont détaillées dans la notice d'information, dépendent également de la législation en vigueur. Elles sont susceptibles d'évoluer.

* Sous réserve de la fiscalité en vigueur. Plus d'information sur : www.prefon-retraite.fr/deduction-fiscale-retraite-complementaire. Le régime Préfon-Retraite est un régime de retraite dont les arrangements sont passés sous le régime de l'impôt sur le revenu dans les mêmes conditions que les "pensions et retraites".

Chaque année, les cotisations versées (annuelles et de rachat) sont déductibles du revenu global fiscal à hauteur de 10% des revenus d'activité professionnelle nets de cotisations sociales et de frais professionnels, retenus dans la limite de 8 fois le plafond Annuel de la Sécurité Sociale de l'année précédente. Le plafond de déduction est commun à l'ensemble des dispositifs d'épargne retraite.

Le régime PRÉFON-RETRAITÉ est un contrat d'assurance de groupe, régime régi par les articles L. 41-1 et suivants du Code des assurances, dont l'objet est la constitution et le service d'une retraite par rente au profit des affiliés. Il est souscrit par : l'association PRÉFON, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ayant son siège social : 12 bis rue de Courcelles à Paris 8^e, dont l'objet social est de développer des liens de solidarité entre les fonctionnaires ou assimilés, notamment en leur offrant la possibilité de bénéficier de retraites complémentaires autorisées de : CNP Assurances, société anonyme au capital de 594 151 292 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances 341 737 062 RCS Paris, ayant son siège social 4 p.ace Flacq Daury à Paris 15^e, assureur du régime PRÉFON-RETRAITÉ.

Votre complémentaire Santé et Prévoyance

UNE RÉPONSE
PERSONNALISÉE
À CHACUNE DE
VOS QUESTIONS...

La Maison du Fonctionnaire

Siège : 34 rue de Wattignies • 75012 PARIS

Tél : 09 53 02 46 26 • Fax : 09 58 02 46 26

Agence Grand Sud : 19 rue Ernest Michel 34000

MONTPELLIER • Tél. : 09.53.10.53.49

Mail : contact@lamaisondufonctionnaire.fr

N° dépôt 93/000849 • Publication au JO du 6 novembre 2004 - N° SIRET : 424 606 564 00013