VOTRE M@GAZINE D'INFORMATION MUTUALISTE

Le M@G

N°6

la Maison du Fonctionnaire

Octobre 2012

DOSSIER **SANTÉ**

ÉCO-MÉDECINE
LA PHYTOTHÉRAPIE

MUTUALITÉ
Les dépassements d'honoraires

JURIDIQUE
Les garanties des vices cachés

ADPM
Association Diversité et Proximité Mutualiste
FEDERER AUTREMENT

L'EDITO

LE CHANGEMENT, C'EST MAINTENANT !

Les dernières élections ont porté une nouvelle majorité aux responsabilités avec l'engagement de mettre en œuvre une autre pratique du pouvoir. Compte tenu du contexte de crise dans lequel se trouvent nos finances publiques et de l'incapacité de l'ensemble du système européen à mettre en place une véritable alternative fédérale, le changement s'avère difficile.
Cependant nous restons confiants notamment en ce qui concerne la révision de la Taxe Sur les Conventions d'Assurances (TSCA). Nous souhaitons voir disparaître, ou à défaut fortement réduire, les 7% de taxation qui en 2011 ont impacté les cotisations mutualistes.

Nous sommes aussi les acteurs du changement. Ainsi le choix de l'organisme mutualiste auquel nous faisons confiance pour la gestion de notre dossier doit respecter certains critères :

- Il doit être l'organisateur et le relais de l'information spécifique à notre statut d'agent de la Fonction Publique,
- Il doit s'engager sur une proximité et une écoute pour une réponse immédiate à notre attente.

Enfin, pour préserver des abus résultants de l'hégémonie de tel ou tel organisme, différentes offres doivent être proposées aux agents de la Fonction Publique (choix de garanties, cotisations fixes, offre santé et prévoyance..).

La MDF s'engage pour le respect de ces critères. C'est sans aucun doute pour cela que de nombreux agents nous rejoignent, déçus d'avoir tenté une adhésion auprès d'un autre organisme.

Il y a un autre changement qui concerne directement notre santé : c'est la volonté de se soigner autrement. Dans ce magazine nous vous présentons le livre du Dr. Charrié qui vient compléter l'excellent ouvrage du Dr Lapraz (voir le M@G d'avril 2012) sur une autre approche de la santé et de la maladie. Nous ne devons pas nous préoccuper de développement durable et responsable sans appliquer cette réflexion à notre alimentation et notre santé. Il est évident que le chemin est long pour mettre en phase la médecine dite « traditionnelle » aux côtés de la médecine moderne. Confortée par la demande de ses adhérents, la MDF proposera, d'ici un an, des prestations prenant en compte les éco-médecines.

JEAN-LOUIS **SPAN**
Président de la Maison du Fonctionnaire

Somm@ire

03 **LA MDF ET VOUS...**
- UNE BREVE TRES MUTUALISTE
- LOI CHATEL
- LA MDF PREPARE 2013

04 05 **DOSSIER SANTÉ**

ÉCO-MÉDECINE
LA PHYTOTHÉRAPIE

06 07 **MUTUALITÉ**
LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

08 **JURIDIQUE**
LES GARANTIES DES VICES CACHÉS

09 **PROGRÈS SANTÉ**
MADE IN FRANCE

10 **MA MUTUELLE ET MOI :**
REMISE EN CAUSE DU REFERENCEMENT DES MUTUELLES DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

11 **MA MUTUELLE, CÀ ET LÀ...**
- SE SOIGNER TOUTE L'ANNEE AU NATUREL
- UNE ADMINISTRATRICE MDF A L'HONNEUR

Directeur de la publication : Jean-Louis SPAN
MDF 34 rue de Wattignies 75012 PARIS
Rédacteur en chef : Serge Dandeville
Conception, création : Olivier Hochart
Crédit-photos : Shutterstock

Impression : CIA Bourgogne
Imprimé à : 2 600 ex • Diffusé à : 2 422 ex
Périodicité : semestrielle
ISSN : 2257-9176

Votre Mutuelle utilise du papier recyclé pour imprimer son magazine

UNE BREVE TRES MUTUALISTE :

Si vous avez été victime d'un **accident** causé par un tiers, que ce soit une personne, un objet, un animal, que cela se soit produit à l'extérieur ou dans un appartement, n'hésitez pas à le signaler à votre complémentaire.
En effet, dans ces cas, l'assurance du tiers responsable doit intervenir. Les soins remboursés par la Sécurité Sociale et par votre mutuelle peuvent être récupérés auprès de la compagnie d'assurance de ce tiers.
Ceci est un geste responsable et mutualiste, qui ne change pas vos conditions de prise en charge mais qui contribue à plus d'équité entre mutuelle et assurance. Par ce geste vous contribuez à la maîtrise des dépenses de santé ainsi qu'à un meilleur équilibre financier de votre mutuelle.

LOI CHATEL :

Si la date limite de résiliation de votre contrat est passée, vous avez encore 20 jours à réception de votre échéancier pour dénoncer votre contrat en LR/AR.
Vérifiez également les dates inscrites sur votre avis d'échéance, cela vous indique si l'échéance de votre contrat est à l'année civile ou à la date anniversaire d'inscription.
Dans tous les cas votre échéancier doit vous être adressé au plus tard 15 jours avant la date d'échéance de votre contrat, le cachet de La Poste faisant foi.

LA MDF PREPARE 2013

En santé, nous poursuivrons le partenariat établi avec la Mutuelle des Pays de Vilaine. Il est à noter que les télétransmissions des données sécurité sociale sont en place, les dernières telles que la MGEN et la MGP ont été signées en juin après quelques tergiversations de la part de ces centres ministériels. Une garantie assistance et une garantie décès sont à l'étude.

En prévoyance, notre courtier AGEO, confirme **la reconduction des tarifs 2012** pour l'année 2013. Cette reconduction place la MDF au meilleur rang parmi les tarifs pratiqués dans la Fonction Publique. La possibilité de moduler son niveau de couverture fait partie également des avantages importants de ce contrat.

Le site internet, apportera d'ici fin d'année, plus d'informations sociales et statutaires Fonction Publique, n'hésitez pas à le consulter. **www.lamaisondufonctionnaire.fr.** Pensez également à établir vos devis auto et habitation en ligne.

LA PHYTOTHÉRAPIE : UNE SOLUTION À LA CRISE ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

En 1986, l'Académie de Médecine affirmait haut et fort que la phytothérapie était une branche à part entière de la médecine et que, de ce fait, elle devait rester totalement incluse dans le giron de la science médicale.
Plus de 25 ans après, les autorités médicales, administratives, universitaires et politiques n'ont rien fait pour assurer aux patients français la possibilité d'avoir recours à l'usage des plantes médicinales de façon sûre et efficace avec l'aide de leurs médecins. Que ce soit en matière d'enseignement, de recherche hospitalière ou encore de remboursement par l'Assurance maladie, aucune mesure positive n'a été prise pour encourager cette discipline thérapeutique et de santé.
Pourtant après les scandales du médiator et autres molécules de synthèse à prescription incontrôlée et aux effets secondaires non maîtrisés, il serait temps que les autorités tiennent leurs engagements de 1986 et encouragent le développement de la phytothérapie.
C'est d'autant plus urgent qu'un nombre de plus en plus grand de français ont recours chaque jour davantage à l'usage des plantes médicinales et que beaucoup de médecins privilégient leur prescription dans leur pratique quotidienne.
Grâce aux multiples avantages qu'elle apporte non seulement au patient, en permettant de limiter considérablement la survenue d'effets secondaires graves, mais aussi à l'Assurance maladie en diminuant le coût de la santé, la phytothérapie se présente comme la meilleure réponse à la crise conceptuelle, éthique et financière que traverse le système de santé actuel. A la condition que certaines règles incontournables de prescription soient respectées, car chaque plante médicinale contient des principes actifs chimiques naturels qu'il convient de bien connaître pour en maîtriser correctement l'application à l'homme.

NÉCESSITÉ DE CONNAÎTRE LA PLANTE QU'ON UTILISE

Soigner par les plantes ne s'improvise pas et implique une connaissance précise de leur nature et de leur origine botanique. Il convient aussi de s'assurer que la plante prescrite n'est pas toxique et qu'elle est de qualité thérapeutique, qu'elle ne contient pas de résidus, de pesticides, de polluants divers mais aussi que les méthodes d'extraction, de conservation et de conditionnement ont bien été respectées.
Il est primordial de connaître parfaitement les effets de chaque plante médicinale : par exemple, un thym vulgaire n'aura pas les mêmes conséquences que la lavande officinale puisqu'il est capable de faire augmenter la tension artérielle alors que la lavande la fera au contraire baisser. Le prescripteur doit donc savoir quelle partie de la plante utiliser selon la nature du trouble présenté, quelle forme retenir, quelle dose exacte appliquer afin d'être en mesure de maîtriser son acte thérapeutique et de limiter les effets secondaires.

NÉCESSITÉ DE CONNAÎTRE L'ÉTAT ET LE DEVENIR DU SUJET QUI L'ABSORBE.

Que ce soit dans un but préventif ou curatif, la connaissance la plus complète possible de l'action du médicament, synthétique ou naturel, est indispensable.
L'un des objectifs prioritaires du médecin qui a recours à la phytothérapie est d'aider l'organisme du patient à corriger ses dysfonctionnements par une prise en compte globale de son état, en s'attaquant aux causes véritables de la maladie. C'est pourquoi, avant toute ordonnance de soins, il doit d'abord établir un diagnostic complet. C'est la raison pour laquelle, bien davantage que tout autre, le médecin traitant qui suit le patient et le connaît de façon approfondie est le plus à même d'utiliser correctement cette approche thérapeutique.
Cette précaution essentielle s'oppose au développement anarchique et incontrôlé de gélules et autres substances à base de plantes dont se sont emparés les marchés pharmaceutiques à des tarifs souvent coûteux pour le consommateur. Pratiquée sans qu'aucun diagnostic n'ait été posé, cette automédication peut se révéler au mieux inefficace, au pire, dangereuse.
Le phytothérapeute, ou, souhaitons-le dans un avenir proche, le médecin traitant, ne s'aventurera pas dans la prescription de plantes médicinales sans un diagnostic général de santé du patient.

NÉCESSITÉ D'UNE SYNTHÈSE ET D'UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE COHÉRENTE ET PERSONNALISÉE.

C'est seulement au terme d'un diagnostic médical bien établi que le prescripteur pourra choisir et recommander (la ou) les plantes médicinales les mieux adaptées à la correction de l'état du patient. Or, tout diagnostic ne peut être que personnalisé. Pas un patient ne ressemble à un autre. Pas un malade du cancer ne présente la même évolution de sa maladie. Toute maladie revêt toujours des aspects particuliers, fonction du patient. La décision thérapeutique qui suit logiquement le diagnostic doit donc être posée non en terme de choix idéologique (la plante contre la chimie) mais en terme de stratégie, et répondre à la question suivante : quel est le traitement le mieux adapté au patient particulier que le médecin a en face de lui ? Bien souvent, le choix des plantes médicinales lui apparaîtra le mieux justifié. Celles-ci agissant de façon plus physiologique, régulatrice, seront privilégiées non seulement dans la majorité des cas aigus à rémission spontanée mais dans toutes les maladies chroniques, dégénératives, de civilisation dont les traitements par les thérapeutiques chimiques de synthèse sont souvent mal adaptés à la spécificité de l'individu et font éclater le budget de l'Assurance maladie. Même dans les cas où des traitements lourds s'imposent, elles gardent toute leur place non seulement pour limiter les effets secondaires des molécules de synthèse mais aussi pour soutenir l'individu dans sa lutte contre la maladie et lui permettre de recouvrer plus rapidement la santé.

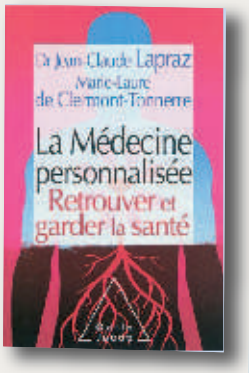
Parmi les éco-médecines, la phytothérapie est la plus adaptée pour soigner le patient dans son ensemble, en thérapeutique principale pour venir à bout d'une pathologie tout en favorisant le renforcement de l'organisme et le recouvrement de la santé, comme en complément d'un traitement lourd par molécules de synthèse.
Cet article n'a pas vocation à vous donner de multiples « recettes de grand-mère » mais à vous présenter la philosophie de cette discipline et ses bienfaits pour le patient et le budget de l'Etat. La phytothérapie se heurte depuis plus de 25 ans à des lobbies d'une autre époque. Il serait temps que les décideurs français fassent preuve de courage et imitent le ministère de la santé de la ville de Mexico qui vient de former, en collaboration avec des médecins français, 45 médecins qui pratiquent avec succès la phytothérapie clinique dans les dispensaires de cette métropole.

NOTA

La rédaction du M@G adresse ses remerciements au Docteur Jean-Claude LAPRAZ pour l'aide apportée à la compréhension médicale et à la place dans la santé publique de la phytothérapie.

Le docteur LAPRAZ est président de la Société internationale de médecine endobiogénique et physiologie intégrative (SIMEPI – www.simepi.info) et médecin généraliste. Il pratique depuis plus de 40 ans cette nouvelle approche de la médecine de terrain, en pratique privée comme hospitalière, en France et à l'étranger.

Marie-Laure de Clermont-Tonnerre est diplômée de sciences Po Paris et journaliste. Elle a suivi le docteur Lapraz et son équipe pendant deux années, et, avec l'accord des patients, a assisté au huis clos de leurs consultations.



Ce livre, en librairie depuis le 8 mars 2012, apporte de **nouvelles clés** à ceux qui souhaitent **préserver leur santé** et qui n'en peuvent plus de prendre, au moindre signe de faiblesse, **antibiotiques, cortisone, anti-inflammatoires, bêtabloquants, anticoagulants, antalgiques…**
Ce livre n'est ni anti-hormone, ni anti-antibiotique, ni opposé à un médicament particulier. Mais il s'élève avec force contre leur mauvais usage, leur prescription abusive.
La science médicale, trop souvent standardisée et spécialisée à l'excès, se focalise sur le symptôme et dissocie la maladie de celui qui la porte. La médecine endobiogénique que propose le docteur Lapraz **replace le malade au centre de la pratique médicale.** La santé de chacun est évaluée en profondeur **grâce à une interprétation précise et synthétique des signes cliniques et physiologiques** qu'il présente, ainsi qu'à de **nouveaux indicateurs biologiques**..
Avec la complicité de la deuxième voix du livre, celle de **Marie-Laure de Clermont-Tonnerre** qui se fait le témoin des doutes, des peurs et des interrogations des patients, cet ouvrage propose une médecine vraiment personnalisée et adaptée à chacun.

LA FLAMBÉE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Il est, vous l'avez constaté, très difficile de se faire soigner convenablement et surtout rapidement sans avoir à payer des sommes supplémentaires au médecin qui pratique de plus en plus et avec de moins en moins de tact et de mesure les dépassements d'honoraires. L'Assurance maladie ne rembourse aucun de ces dépassements et les mutuelles ne peuvent continuer à encourager cette pratique. Il revient donc aux pouvoirs publics de réguler ces dépassements pour enrayer leur progression vertigineuse nuisant gravement à l'accès aux soins.

IL EXISTE EN FRANCE DEUX SECTEURS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

➔ **Le secteur 1 :** les médecins ayant choisi ce secteur ont signé une convention avec l'Assurance maladie et appliquent les tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires et les patients sont alors remboursés par l'assurance maladie et leur mutuelle. Le tarif conventionné est actuellement de 23 euros pour un généraliste et de 25 euros pour un spécialiste.

➔ **Le secteur 2 :** Avec deux catégories de praticiens, ceux qui exercent en partie en secteur 1 (de plus en plus rare) et qui pratiquent des dépassements d'honoraires. Dans ce cas le patient est remboursé de la part correspondant au secteur 1. Les autres ne sont qu'en secteur 2 et pratiquent des honoraires libres. Ces derniers n'ayant pas signé de convention avec l'Assurance maladie, fixent eux-mêmes le montant de leurs prestations et les patients ne peuvent prétendre à aucun remboursement.

UN PEU D'HISTOIRE

C'est le premier ministre Raymond Barre qui, en 1980, à une époque de chômage et de faible croissance du PIB, décide de créer le secteur 2, qui autorise les médecins à pratiquer les dépassements d'honoraires. Il s'agissait de leur permettre de gagner plus sans pour autant puiser dans les caisses de l'Assurance maladie. Les surcoûts furent endossés par les familles puis peu à peu par les complémentaires santé ou les surcomplémentaires santé. Sauf que les dépassements d'honoraires sont devenus un véritable « sport national » et atteignent aujourd'hui **la somme cumulée de 2,5 Milliards d'euros** par an avec des disparités en fonction des spécialités médicales et de l'implantation géographique.

Aujourd'hui, **6 jeunes spécialistes sur 10** qui s'installent choisissent le secteur 2. Selon l'Igas (Inspection Générale des Affaires Sociales), le nombre moyen de médecins en secteur 2 varie selon les régions, aussi bien dans le public que dans le privé : alors qu'il avoisine 25 % des médecins en Poitou-Charentes, en Limousin et en Bretagne ; il atteint 43 % dans le Nord Pas-de-Calais et en PACA et 63 % en Ile de France pour grimper à 90 % à Paris.

Si les généralistes pratiquent peu les dépassements d'honoraires (11 % seulement), les spécialistes s'en donnent à cœur joie. Les spécialités les plus concernées sont les chirurgiens libéraux, 85 % d'entre eux gonflent la note, viennent ensuite les gynécologues chirurgiens et obstétriciens (66 %) et plus de la moitié des ORL et ophtalmos.

L'objectif de ces praticiens est de gagner plus en ayant moins de patients, donc moins de temps de consultation. Ainsi le taux de dépassement d'honoraires atteint 150 % à Paris, 110 % dans le Rhône, près de 90 % en Alsace et 80 % dans les Alpes Maritimes.

OBLIGATIONS DES PRATICIENS

Vous ne le savez probablement pas mais toute personne a le droit d'être informée du montant des actes et prestations qui lui sont proposés dans le cadre d'une consultation de prévention, de diagnostic ou de soin. Cette information comprend également le prix des dispositifs médicaux (instruments, appareil, équipement, …).

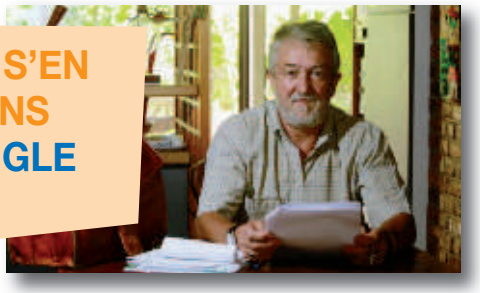
L'information doit détailler les montants et modalités de prise en charge par l'Assurance maladie et les dépassements d'honoraires.

➔**Affichage des tarifs :** Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher de façon claire s'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2, leurs honoraires et tarifications d'actes et de prestations, ainsi que le tarif de remboursement par l'Assurance maladie. Cet affichage est réalisé dans la salle d'attente ou le cabinet du praticien.

➔**Dépassement d'honoraires :** Les médecins pratiquant en secteur 2 doivent remettre au patient une information écrite mentionnant les prix des actes et des dépassements. Information devant être opérée avant l'exécution des actes si les dépassements d'honoraires sont supérieurs à 70 €. Si inférieur à 70 € une information verbale est livrée au patient.

➔**Recours en cas de non respect de cette obligation :** Le patient peut saisir la Caisse primaire d'assurance maladie.

COMMENT S'EN SORTIR DANS CETTE JUNGLE TARIFAIRE



Difficile de compter sur les professionnels de santé et encore moins sur le Conseil National de l'Ordre pour inverser la tendance. Cependant, pour la première fois, avant l'été, le Conseil de l'Ordre a pris une position contre l'abus des dépassements d'honoraires.

Une initiative locale a vivement réagi contre les dépassements d'honoraires, il s'agit d'**Initiative 33** qui a rédigé le **manifeste de 111 médecins** qui s'opposent aux dépassements d'honoraires et à l'idée qu'un patient est mieux soigné par un spécialiste qui coûte plus cher. Le Docteur **Bernard Coadou** cite même un cabinet d'urologie d'une célèbre clinique bordelaise : l'acte chirurgical prévu sur un jeune patient revenait à 93,77 € au tarif de la Sécurité sociale. Le devis présenté comportait 45,88 € de dépassement d'honoraires et 150 euros d'honoraires de notoriété…

Vous pourrez lire ce manifeste en tapant sur votre moteur de recherche « Manifeste de 111 médecins girondins.»

Rassurant cette réaction de professionnels de santé qui défendent l'éthique et le serment d'Hypocrate. Le docteur Coadou s'est fixé un objectif de 2000 signatures pour ce manifeste qui sera remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales du gouvernement Ayrault.

LE SITE DE L'ASSURANCE MALADIE WWW.AMELI.FR

Il possède une rubrique très utile. En cliquant sur l'onglet (à gauche) « Choisir un médecin, un hôpital » vous aurez par ville et secteur d'activité médicale les informations suivantes :

- Coordonnées
- Exercice en secteur 1 ou 2
- Prend la carte vitale ou non.

En consultant ce site, vous vous rendrez compte qu'il existe encore des spécialistes qui exercent en secteur 1, c'est-à-dire conventionné et sans dépassements d'honoraires.

LE POUVOIR DE DIRE NON

Face à des comportements exagérés, vous avez le pouvoir de dire NON ! Sans aller jusqu'à la leçon de morale, vous pouvez faire remarquer à votre praticien en excès de dépassement, l'éthique dictée par le serment d'hypocrate et lui rappeler aussi qu'en ces temps difficiles, il faut penser à être moins gourmand. Le but est à minima de réduire la surfacturation qui va dans la poche de votre spécialiste. Surtout n'acceptez jamais de payer un dépassement d'honoraires en liquide. Il doit faire l'objet d'une facturation officielle.

QUE VA FAIRE LE GOUVERNEMENT ACTUEL ?

Toute connotation politique mis à part, l'ancien gouvernement avait délibérément choisi de ne pas s'attaquer aux dépassements d'honoraires. Pire, Xavier Bertrand avait officialisé ceux-ci par la création du secteur optionnel contraignant les mutuelles à rembourser certains dépassements d'honoraires. Charges supplémentaires pour les mutuelles entraînant une inévitable augmentation des cotisations mutualistes. Le gouvernement actuel et plus particulièrement la ministre des Affaires sociales et de la santé, **Marisol Touraine**, a décidé de s'attaquer aux dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins.

→Première décision : plafonnement des dépassements d'honoraires, ceci afin d'éviter les abus. L'ordre des médecins a émis l'idée d'un plafonnement ne pouvant aller au-delà de 4 fois le tarif de base de la Sécurité sociale. L'avantage serait de limiter les dépassements exagérés mais le risque serait aussi de pousser les praticiens qui n'atteindraient pas ce montant de pousser le curseur à la hausse. Pas sûr que la décision soit efficace si elle n'est pas complétée par d'autres mesures.

→Autre piste : Revaloriser les honoraires de consultations remboursables pas la Sécu avec l'idée de mettre en place une rémunération au forfait pour la prise en charge des malades chroniques et la coordination de leurs soins. De nombreux pays étranger ont adopté cette démarche.

Mettre fin aux dépassements d'honoraires n'est pas d'actualité mais pour la première fois, il y a une réelle volonté des pouvoirs publics de dire STOP. La première tâche est d'arrêter la spirale infernale. Ensuite, les négociations entre les syndicats de médecins et la ministre permettront de trouver, souhaitons le, une solution de nature à améliorer l'accès aux soins en diminuant le montant des dépassements d'honoraires et d'augmenter le nombre de spécialistes en secteur 1 (conventionné).
Enfin, après avoir défini un cadre strict aux dépassements d'honoraires, il faudra mettre en place des sanctions pour permettre aux patients de dénoncer les abus et aux pouvoirs publics de les sanctionner.
Pour conclure, je reprendrais une affirmation tirée du manifeste des 111 médecins de Gironde. *« Il faut s'enlever cette idée fausse de la tête qu'un patient est mieux soigné auprès d'un spécialiste qui pratique les dépassements d'honoraires….»*

LA GARANTIE DES VICES CACHÉS

La garantie des vices cachés protège l'acheteur contre les vices qui dégradent totalement ou de façon si importante les qualités de la chose vendue qu'il n'aurait pas contracté (articles 1641 à 1648 du code civil). Le vice caché est un défaut rendant la chose impropre à l'usage.
Plus précisément, l'article 1641 du code civil énonce que « le vendeur est tenu de la garantie à raison des défauts cachés de la chose vendue qui la rendent impropre à l'usage auquel on la destine, ou qui diminuent tellement cet usage, que l'acheteur ne l'aurait pas acquise, ou n'en aurait donné qu'un moindre prix, s'il les avait connus ».

CAS DANS LESQUELS LA GARANTIE DES VICES CACHÉS PEUT TROUVER APPLICATION

La garantie des vices cachés s'applique à tous les biens dans le commerce (qu'ils soient corporels ou incorporels, meubles ou immeubles, neufs ou d'occasion).
Elle est applicable, que le vendeur soit professionnel ou non, que le contrat soit écrit ou non, que le bien soit neuf ou d'occasion et même à défaut du paiement par l'acheteur de la totalité du prix.
Il existe cependant des exclusions à cette garantie :
Les exclusions légales qui concernent la vente d'animaux ruraux (Code rural), la vente d'immeuble à construire qui est régi par un régime spécial de responsabilité des constructeurs (code civil) et les ventes faites par les autorités de justice. Hormis ces exceptions, la garantie des vices cachés joue pleinement y compris dans les contrats de locations immobilières. La jurisprudence est dense en la matière et donne la plupart du temps raison à l'acheteur.

Dans le domaine de la vente d'objets manufacturés, la responsabilité du fabricant se substitue la plupart du temps à celle du vendeur ou grossiste.

CONDITIONS POUR FAIRE JOUER CETTE GARANTIE :

- **Le défaut doit être grave.** C'est-à-dire qu'il rend le produit impropre à l'usage auquel on le destine ou diminue tellement cet usage, que l'acheteur ne l'aurait pas acheté ou en aurait donné un prix inférieur s'il l'avait connu (ex : pannes répétées).
- **Le défaut doit être antérieur à l'achat** et donc ne pas être provoqué par une mauvaise manipulation ou une maladresse de l'acheteur.
- **Le défaut doit être caché.** C'est-à-dire non apparent lors de l'achat, ni perçu ni perceptible par l'acheteur lors d'un minimum de vérifications

Ainsi la garantie des vices cachés ne peut être invoquée lorsque les défauts sont postérieurs à la vente, liés à l'usure normale, consécutifs à une mauvaise utilisation mais aussi lorsque les vices sont apparents et donc visibles au moment de la vente.
Cette garantie ne peut être engagée, si le vendeur a révélé les vices au moment de la vente. Cela peut être le cas pour les ventes de matériels d'occasion (voiture, électro ménager, …).
.

LA PROCÉDURE ET L'ALTERNATIVE OUVERTE À L'ACHETEUR

La procédure

L'action de l'acheteur doit être engagée dans un délai de **2 ans à compter de la découverte du défaut** et pas de l'achat (art 1648 du code civil). L'acheteur signale les faits au vendeur par une mise en demeure par lettre recommandée AR.
C'est à l'acheteur, demandeur, d'établir par tous moyens l'existence du ou des vice(s) caché(s). Il peut utiliser des attestations de témoins qui confirment le mauvais fonctionnement, une facture de réparation et le témoignage du réparateur, une expertise. Il devra démontrer que la panne correspond à un défaut de fabrication antérieur à l'achat qui altère ou amoindrit le produit pour le prix payé, pour demander au SAV (Service après vente) une prise en charge gratuite au titre de la garantie des vices cachés.
La qualité de l'acheteur a son importance. Les tribunaux sont plus sévères envers les acheteurs professionnels qui sont sensés bien maîtriser les produits qu'ils achètent et sont à même de détecter rapidement les anomalies de fonctionnement. Ils sont par contre beaucoup plus indulgents à l'égard des acheteurs profanes qui ne possèdent pas la maîtrise et la compétence techniques sur les produits achetés.

L'alternative de l'acheteur

Les articles 1644 et suivants du code civil disent que le vice caché permet à l'acheteur d'exercer une action rédhibitoire en vue d'obtenir la résolution de la vente ou une action estimatoire, ayant pour objet d'obtenir une diminution du prix.
C'est-à-dire que l'acheteur a le choix de rendre l'objet et de se faire restituer la somme versée pour son achat ou de le conserver en obtenant du vendeur le versement d'une partie du prix d'achat. Cette entente peut se faire de gré à gré ou par l'intermédiaire d'un expert.
Si le vendeur connaissait les vices du produit, il est tenu, outre la restitution du prix d'achat, de tous les dommages et intérêts de l'acheteur (frais de justice, d'expertise, préjudice physique,…). L'acheteur doit alors prouver que le vendeur avait connaissance des vices du produit vendu par tous les moyens (témoignages d'autres clients par exemple).
Si le vendeur ignorait les vices du produit vendu, il ne sera tenu qu'à la restitution du prix et à rembourser à l'acquéreur les frais occasionnés par la vente (frais d'envoi, de retour, frais de déplacement, …)

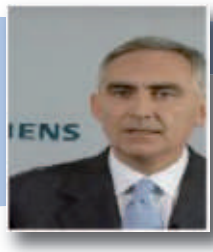
NOTA : dans les cas les plus graves et pour des préjudices élevés, l'aide d'associations de consommateurs, voire d'émissions de radio ou de télévision, peuvent aider à trouver rapidement une solution favorable à l'acheteur, surtout face à des vendeurs réticents ou indélicats.

Dans la majorité des cas, il n'est pas utile pour l'acheteur d'engager des frais d'expertise ou de justice pour faire la preuve d'un vice caché. Les SAV des grands distributeurs sont prompts à satisfaire le client pour trois raisons simples : le fidéliser, ne pas s'engager dans des procédures judiciaires longues et coûteuses et surtout ne pas se faire de mauvaise publicité. Le problème se complique lorsque la transaction a lieu entre deux particuliers et donc un vendeur non professionnel. Les ventes entre particuliers se sont considérablement développées ces dernières années, attention donc aux fausses bonnes affaires, surtout en vente automobile.

L'HYPNOSE FAIT SON ENTRÉE À L'HÔPITAL

Une opération chirurgicale qui se pratique sans aucune anesthésie mais où l'on ne sent rien. C'est ce que propose depuis 18 mois l'infirmier anesthésiste à l'hôpital d'Argentan (61). Cette technique permet de limiter la consommation de médicaments. 15% des patients acceptent des interventions sous hypnose, du type ablations de broches, biopsies de prostate, etc. L'anesthésiste hypnotiseur intervient parfois aussi en salle d'accouchement.

UNE MOLECULE QUI RETARDE LA PROLIFERATION DU VIRUS



L'équipe de **Gilles Gosselin** est dépositaire de 80 brevets, dont un, déposé en 2005, sur l'utilisation d'une molécule organique, la Telbivudine, qui retarde, voire interrompt, la prolifération du virus de l'hépatite B dans une cellule infectée. «Le développement de nouveaux médicaments est un processus long et coûteux, a commenté Benoît Batistelli, le président de l'Office européen des brevets. Ce brevet très important a donné à l'équipe du CNRS les moyens de continuer ses recherches et de se consacrer à d'autres maladies», a-t-il ajouté lors de la cérémonie de remise des prix.

DÉVELOPPEMENT D'UN PACEMAKER MINIATURE SANS PILE

Des chercheurs grenoblois associés au groupe italien Sorin travaillent à la conception d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) huit fois moins gros que les modèles actuels et dépourvu de pile, ont-ils annoncé jeudi au cours d'une conférence de presse.
D'une taille de seulement 1 cm3, ce pacemaker pourra être installé directement dans le cœur du patient, au contraire des modèles actuels qui sont placés sous la peau et envoient des impulsions électriques au cœur par le biais de sondes. La réduction de sa taille est rendue possible par un système de génération d'énergie intégré. "Aujourd'hui, le plus petit stimulateur cardiaque au monde mesure 8 cm3 et les deux tiers du volume sont constitués par la pile qu'il faut changer régulièrement" (tous les 6 ou 10 ans), a en effet souligné Jean-Jacques Chaillot, chercheur au CEA-Leti de Grenoble, en marge d'une conférence de presse du pôle de compétitivité Minalogic. Le pacemaker en cours de développement, dépourvu de pile, sera alimenté grâce à l'énergie mécanique générée par le "mouvement du cœur ou les mouvements du patient", a-t-il ajouté. Un démonstrateur devrait être présenté en septembre 2013. "L'objectif est de le commercialiser dans 5 ou 10 ans".

LE BÉBÉ MÉDICAMENT GUÉRIT SA SŒUR AÎNÉE

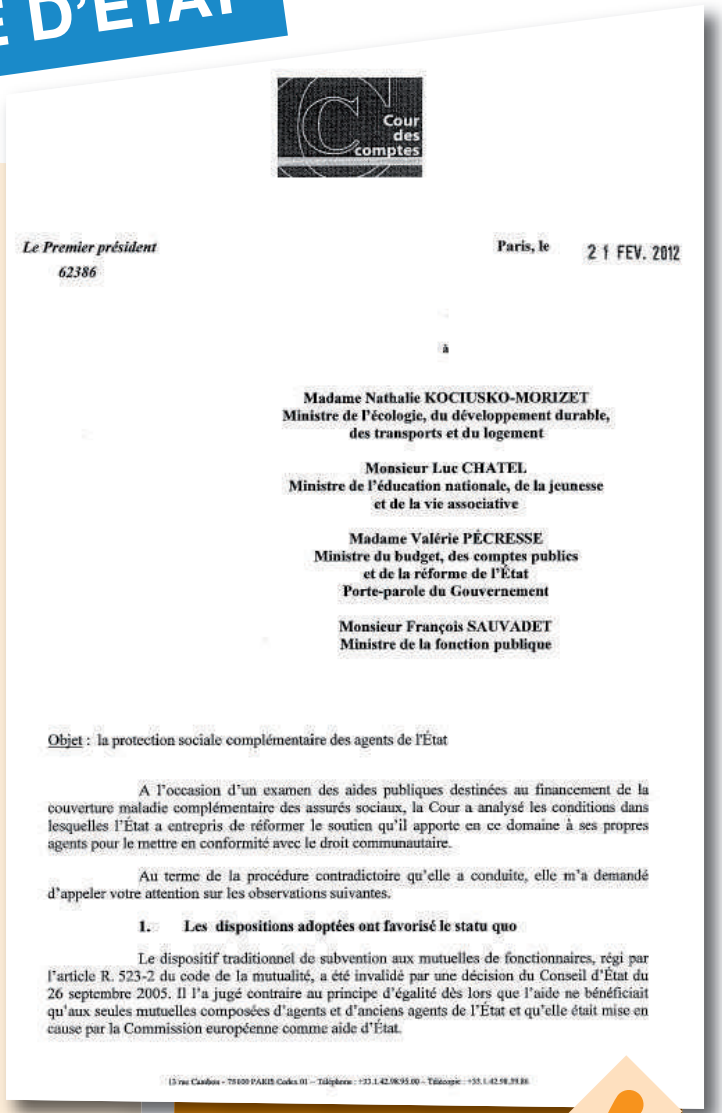
Le premier bébé médicament, né en France il y a dix-huit mois au sein du service du professeur René Frydman à Clamart, a guéri sa sœur atteinte de la bêta-thalassémie, une maladie grave du sang.

Huit mois après sa naissance, Umut-Tahla a guéri sa sœur grâce à une greffe de sang de cordon. Au cours de la fécondation in vitro, deux embryons ont été implantés. Par un heureux hasard, c'est celui qui était compatible avec la sœur ainée qui s'est développé.
Les parents du petit Umut-Tahla ayant déjà deux enfants atteints d'une maladie grave du sang, la bêta-thalassémie, ne voulaient pas prendre le risque que le petit dernier soit lui aussi malade. Ils ont donc eu recours au diagnostic pré-implantatoire (DPI), une technique qui permet de choisir un embryon qui n'est pas atteint par la maladie. Ensuite, pour que cet enfant à naître ait la capacité de guérir son frère ou sa sœur, le DPI est associé au typage HLA, un examen qui permet de s'assurer que les cellules du bébé seront compatibles avec celles de son aîné.

RÉVOLUTION DANS LA CHIRURGIE CARDIAQUE

« Une thérapie cellulaire va permettre d'ici à 2014 de guérir plus de 30 000 cardiaques par an. Une innovation basée sur l'utilisation des cellules souches ». La journaliste note que *« le temps de quelques mois de nouveaux essais cliniques, la thérapie cellulaire à laquelle travaillent depuis plus de 10 ans le Pr Philippe Hénon et son équipe de l'Institut de recherche en hématologie et transplantation de Mulhouse (Haut-Rhin) donnera aux cœurs brisés les moyens de régénérer ». « Les spécialistes parlent déjà «d'alternative sérieuse» aux greffes : les cellules souches sanguines prennent la relève du bistouri ».* Le Pr Hénon remarque ainsi : *« Le sang est comme une soupe de populations cellulaires, et celle que nous avons mise en évidence est capable de régénérer le muscle cardiaque ». « Trier et extraire les cellules souches dans le sang prélevé au malade, dans les 2 mois au maximum de sa «crise cardiaque». Elles formeront le greffon réinjecté ensuite directement dans les tissus abîmés du muscle cardiaque. […] Plus besoin d'ouvrir le thorax, le greffon passera par un cathéter directement dans l'artère qui l'amènera au cœur. Une technique moins agressive dont vont bénéficier les 150 patients traités lors de la nouvelle phase d'essais cliniques ».*

LE RÉFÉRENCEMENT FONCTION PUBLIQUE D'ETAT EN QUESTION...



Cour des comptes

Le Premier président
62386

Paris, le 21 FEV. 2012

à

Madame Nathalie KOCIUSKO-MORIZET
Ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement

Monsieur Luc CHATEL
Ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative

Madame Valérie PÉCRESSE
Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État
Porte-parole du Gouvernement

Monsieur François SAUVADET
Ministre de la fonction publique

Objet : la protection sociale complémentaire des agents de l'État

A l'occasion d'un examen des aides publiques destinées au financement de la couverture maladie complémentaire des assurés sociaux, la Cour a analysé les conditions dans lesquelles l'État a entrepris de réformer le soutien qu'il apporte en ce domaine à ses propres agents pour le mettre en conformité avec le droit communautaire.

Au terme de la procédure contradictoire qu'elle a conduite, elle m'a demandé d'appeler votre attention sur les observations suivantes.

1. Les dispositions adoptées ont favorisé le statu quo

Le dispositif traditionnel de subvention aux mutuelles de fonctionnaires, régi par l'article R. 523-2 du code de la mutualité, a été invalidé par une décision du Conseil d'État du 26 septembre 2005. Il l'a jugé contraire au principe d'égalité dès lors que l'aide ne bénéficiait qu'aux seules mutuelles composées d'agents et d'anciens agents de l'État et qu'elle était mise en cause par la Commission européenne comme aide d'État.

15 rue Cambon - 75100 PARIS Cedex 01 – Téléphone : +33.1.42.98.95.00 – Télécopie : +33.1.42.98.39.86

REMISE EN CAUSE DU REFERENCEMENT DES MUTUELLES DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

Dans un référé du 21 février, rendu public le 27 juin dernier, la Cour des Comptes épingle la mise en œuvre du référencement des organismes complémentaires par les ministères.

La loi de modernisation de la Fonction Publique du 2 février 2007 et le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ont substitué à l'ancien système de subventions, un système de référencement. Cela a consisté pour chaque ministère qui souhaitait continuer de contribuer à la protection sociale complémentaire de ses agents, à sélectionner par mise en concurrence un ou plusieurs organismes destinataires de leurs aides.

La Cour mentionne que l'Etat-employeur n'a pas saisi cette occasion pour homogénéiser ces aides et permettre ainsi une meilleure égalité de traitement entre les agents. L'approche par ministère a renforcé les disparités de couverture.
La Cour estime également que le couplage obligatoire des risques santé et prévoyance a favorisé les mutuelles de fonctionnaires. Les critères de choix ont aussi avantagé les mutuelles historiques. Aux ministères de l'Education nationale et celui de l'Ecologie, la reconduction de la mutuelle sortante s'est faite sur des bases discutables. La Cour indique même que " les offres non retenues présentaient un meilleur rapport entre la qualité des garanties proposées et les tarifs appliqués que les propositions des mutuelles historiquement présentes, qui ont été reconduites".

Enfin il faut noter que l'effort financier de l'Etat-employeur est resté très modeste et inéquitable.

En conclusion la Cour des Comptes propose de ne pas renouveler la procédure du référencement comme prévu à l'horizon 2015 et suggère deux scénarii : soit la mise en œuvre de contrats collectifs obligatoires ou la réallocation des ressources consacrées à la protection sociale complémentaire sous forme d'action sociale.

Consultez le texte intégral du référé de la Cour des Comptes sur : www.lamaisondufonctionnaire.fr

COMMENTAIRE DE LA MDF : La réelle équité passe par la mise en place d'un Titre Santé/Prévoyance distribué à tous les agents afin d'acquérir librement leur complémentaire. Les critères d'attribution seraient définis en concertation avec les organisations syndicales siégeant au Conseil Interministériel d'Action Sociale (CIAS).

SE SOIGNER TOUTE L'ANNEE AU NATUREL

Pour vous soigner au naturel, profitez des conseils d'un médecin pour vous et toute votre famille, comme si vous veniez le voir en consultation.

Cet ouvrage très pratique vous explique comment enrayer une rhinopharyngite dès les premiers éternuements ou comment diminuer et même faire disparaître les manifestations allergiques (eczéma, rhume des foins, etc.). Connaissez-vous par exemple les vertus du citron ? Il permet, par exemple de soigner un début de syndrome fébrile par un grog, associé à du thym et des clous de girofle.

Ce guide vous indique saison par saison quels sont les maux les plus courants en fonction de votre terrain et comment les soigner. Quels sont les dosages à respecter en prévention ou en traitement d'attaque mais aussi quels sont les produits à éviter pour leurs effets néfastes. Médecine millénaire (+ de 7000 ans), la phytothérapie est l'ancêtre de la pharmacopée chimique.

Les récents problèmes sanitaires dont le scandale du Médiator ont encore accru sa popularité. Peu coûteuse et sans effets indésirables, cette médecine vous permet de vous soigner avec des produits facilement disponibles en pharmacie ou que vous avez déjà chez vous: des cures préventives pour chaque saison.

UNE ADMINISTRATRICE MDF A L'HONNEUR

Le 1er mars dernier au Ministère de la Culture, **Mme Chantal Thomas**, administratrice de La Maison du Fonctionnaire, a reçu les insignes de **chevalier de l'Ordre National du Mérite**. L'Ordre National du Mérite institué le *3 décembre 1963* par le général de Gaulle, récompense les mérites distingués, militaires ou civils, rendus à la nation française.

C'est une vie au service de l'Etat qui est distinguée ainsi que de nombreuses années de militantisme. Chantal Thomas a exercé pendant 43 ans au Ministère de la Culture. Elle s'est engagée au syndicat CFTC en 1992 et a occupé différentes responsabilités telles que : Secrétaire générale adjointe de la Fédération des agents de l'Etat CFTC, Vice-présidente du syndicat national SCENRAC CFTC, responsable pédagogique fédérale et formatrice syndicale, coordonnatrice formation professionnelle continue confédérale.

Sur le plan mutualiste, Chantal a occupé les fonctions d'administratrice de la MGSP dès 1998 puis lors de la fusion MGSP/SMT en 2009 , celle de Secrétaire générale adjointe de la SMT. Elle est à ce jour Secrétaire générale de la MDF.

Les insignes lui ont été remis par M. Jean-Marie DAME ancien président de la Fédération des agents de l'Etat CFTC et Vice président de la MDF.

Retraite du
Service
Public !

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 : ADMDF1

30 25 APPEL GRATUIT

www.prefon-retraite.fr

Préfon Retraite
Complémentaire facultative

Communication à caractère publicitaire.
Les conditions particulières, dont les conditions et limites sont définies sans limitation préalable, dépendent de l'application de la législation en vigueur. Elles sont susceptibles d'évoluer.
Nous tenons à votre disposition une notice d'information sur simple demande à l'adresse ci-dessus. Le régime Préfon-Retraite est un régime de retraite complémentaire facultative dont les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu dans des conditions que les cotisations et retraites.
Chaque année, les cotisations versées sont déductibles du revenu net imposable : déduction de votre revenu d'activité professionnelle de vos cotisations obligatoires, de votre protection sociale, retraite complémentaire, prévoyance, mutuelle, plafond Annuel de la Sécurité Sociale et Famille prévoyant une déduction des cotisations versées au titre de l'épargne retraite.
Le régime PRÉFON-RETRAITE est un contrat d'assurance de groupe, régime régi par le Code des assurances, dont l'organisme et le gestionnaire est la société affiliée. Il est assuré par l'Association PRÉFON, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 dont le siège est au 12 bis rue de Castellane à Paris 8e. [illegible] Il est géré par la société CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 187 707 euros, entièrement libéré, régie par le Code des assurances 341 787 575 RCS Paris, dont le siège social est 4 place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15, au capital de PRÉFON-RETRAITE.

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

la **Maison** du **Fonctionnaire**

www.lamaisondufonctionnaire.fr