

mutualistes

MAGAZINE DE PRÉVENTION SANTÉ - N°355

VIVRE AVEC UN HANDICAP AUJOURD'HUI

ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

Le point sur
le tiers payant
et la télétransmission

MÉDECINE

Cancer de la prostate :
une nouvelle ère



ÉDITO

En France, 12 millions de personnes souffrent d'un handicap et, pour 80 % d'entre elles, il est invisible et complique d'autant plus la vie au quotidien. Dépistages, prestations, scolarité, emploi, logement..., notre dossier passe en revue les dernières mesures prises en faveur des personnes handicapées, sur lesquelles APF France Handicap apporte également son éclairage (page 14).

Paralysée des quatre membres, Leah Stavenhagen est la première personne au monde à avoir bénéficié d'un traitement expérimental pour tenter de ralentir la progression de la maladie de Charcot dont elle est atteinte. Elle nous livre son récit bouleversant (page 23). Autre témoignage, l'association ECA raconte comment 108 lecteurs bénévoles enregistrent des ouvrages, à la carte, pour ses adhérents non-voyants et malvoyants (page 22).

Le regard de la société sur le handicap évolue peu à peu, le droit des femmes aussi. La première française à devenir bachelière (en 1868) et à s'inscrire à la faculté de médecine pour devenir docteur afin de se consacrer à la pédiatrie (en 1875) s'appelle Madeleine Brès. Notre page « histoire » raconte son âpre et courageux combat (page 20). Elle dirigera le journal *Hygiène de la femme et l'enfant* et mènera, avec succès, les premières actions de prévention dans les écoles et les crèches pour lutter contre la mortalité infantile. Changement d'époque, aujourd'hui des dizaines de produits de toilette sont proposés aux parents pour prendre soin de l'hygiène de leurs bébés. Or la plupart s'avèrent inutiles voire dangereux pour leur santé et l'environnement, nous explique un pédiatre allergologue (page 19).

Avec un décès par cancer de la prostate toutes les heures en France, infléchir la mortalité liée à cette maladie est une priorité. La seule option consiste à dépister les hommes avant la survenue de symptômes urinaires, témoins d'un stade avancé de la maladie. « *Ce cancer est une bombe à retardement que l'on peut désamorcer à temps* », alerte le Pr Georges Fournier, président de l'Association française d'urologie. L'article « Cancer de la prostate: une nouvelle ère » fait le point sur les dernières innovations en termes de dépistage et de traitement (page 12). Si certains troubles ne doivent pas être pris à la légère, comment résister à la tentation de devenir hypocondriaque comme 13 % des Français? Notre « vrai/faux » en décrypte les mécanismes avec l'aide d'un psychologue (page 18). Bonne lecture !

La rédaction



Mutualistes, n°355, octobre, novembre, décembre 2022. Trimestriel d'informations mutualistes et sociales édité par Ciem, Coopérative d'information et d'édition mutualiste, pour Utema (organisme régi par le Code de la mutualité), 12, rue de l'Église, 75015 Paris. Tél. 01 44 49 61 00. Ciem.fr. • Directeur de la publication: Gérard Quittard, président de la Ciem. • Directeur délégué aux publications: Philippe Marchal, administrateur. • Directrice des rédactions: Laurence Hamon, directrice générale de la Ciem. • Rédactrice en chef: Anne-Sophie Prévost. • Secrétaire de rédaction: Marie Rainjard. • Rédacteurs: Violaine Chatal, Isabelle Coston, Anne-Sophie Glover-Bondeau, Hélène Joubert, Benoît Saint-Sever et Léa Vandeputte. • Réalisation graphique: Delphine Colas. • Impression: Maury Imprimeur SAS, rue du Général-Patton, ZI, 45330 Malesherbes. • Couverture: © Shutterstock. Ce numéro 355 de « Mutualistes, Objectif et Action » de 24 pages comprend: une couverture et quatre pages spéciales (3, 4, 5 et 6) pour la Mutuelle Saint-Aubannaise; une couverture et trois pages spéciales (3, 4 et 5) pour Memf; une couverture et sept pages spéciales (2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8) pour MCA; une couverture et neuf pages spéciales (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11) pour MIP. Commission paritaire: 0723 M. 06546. Dépôt légal: octobre 2022. © Mutualistes, Objectif et Action, 2022. Reproduction interdite sans autorisation. Origine du papier: Leipzig (Allemagne). • Taux de fibres recyclées: 100%. Ce magazine est imprimé avec des encres blanches sur un papier porteur de l'écolabel européen et de l'écolabel allemand Ange bleu (der Blaue Engel). « Eutrophisation » ou « Impact de l'eau »: PTot 0,002 kg/tonne de papier. Prix du numéro: 1,88€. Abonnement annuel: 7,50 € (4 numéros par an) à souscrire auprès de la Ciem, 12, rue de l'Église, 75015 Paris.



LE TRI + FACILE



BAC DE TRI





10



14-17



18



22

Sommaire

4-11 // ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

12-13 // MÉDECINE

- Cancer de la prostate : une nouvelle ère

14-17 // DOSSIER

Vivre avec un handicap aujourd'hui

18 // PSYCHO

- Vrai/faux sur les hypocondriaques

19 // ENVIRONNEMENT

- Des produits écologiques pour l'hygiène de bébé

20-21 // HISTOIRE

- Madeleine Brès, première femme médecin en France

22 // ENGAGEMENT

- Enregistrer des livres pour les non-voyants et les malvoyants

23 // TÉMOIGNAGE

- Leah Stavenhagen



LE MOT DU PRÉSIDENT

Chers adhérents, chers amis,

Dans le dernier numéro de la revue, j'avais évoqué les 67 millions d'entraîneurs/sélectionneurs de l'équipe de France de football. Lorsqu'il s'agit de santé, on compte presque autant de médecins et de spécialistes puisque chacun à son tour énonce toutes les difficultés de ce système de santé exsangue, à bout de souffle... qu'il faut, bien sûr, modifier de fond en comble.

Il reste qu'aucun de ces spécialistes n'a véritablement de solution, et nul n'évoque ce qui fonctionne correctement.

Quelqu'un s'est-il d'ailleurs penché sur ce qui se passe bien – ou moins mal – chez nos voisins européens afin que le diagnostic colle un peu plus à la réalité ?

Un rapport récent demandé au Dr François Braun, président de Samu-Urgences de France, censé proposer les mesures à prendre pour désengorger l'hôpital et les urgences, aura-t-il plus de chances d'obtenir l'assentiment de tous ? Ce rapport a-t-il l'approbation de ses confrères ? Bien sûr que non, puisque ses collègues urgentistes trouvent déjà à y redire, et surtout lorsqu'ils sont sur les plateaux de télévision.

Des solutions ?

- Arrêter, pour certains, de penser que l'on peut trouver des solutions immédiates aux déserts médicaux alors que l'on forme un médecin en dix ans, voire plus.
- Arrêter de protester chaque fois qu'il est proposé d'ouvrir à d'autres professionnels de santé le champ d'activité d'une de ces professions. Où est la concertation qui conduirait à faire évoluer les formations des uns et des autres et soulagerait par la même occasion la surcharge de travail de tous ceux qui se plaignent ?
- Enrayer la fuite des soignants (médecins, infirmiers, internes) de l'hôpital.
- Favoriser l'insertion des médecins étrangers en attente d'autorisation d'exercer dans notre pays.

La conservation du pré carré est sans doute un écueil qui s'étend à la médecine de ville qui s'arrête à 18 heures, ne couvre pas les week-ends autant qu'il le faudrait, aiguillant les patients vers les urgences plutôt que vers une unité de proximité.

Des idées, il y en a, mais il faut se donner les moyens – non financiers – de les mettre en place, et surtout réussir à les généraliser sur notre territoire !

Vous avez pu constater également dans l'hémicycle, lors de la discussion du projet de loi pour la protection du pouvoir d'achat, comment des députés de notre pays se rendent crédibles auprès de l'opinion, donnant l'impression de se retrouver en maternelle...

Rien ne se fait en un jour, mais cela ne peut se concrétiser que par la concertation entre toutes les professions de santé et les responsables politiques.

L'hiver prochain donnera peut-être au nouveau ministre de la Santé la latitude de mettre en œuvre des idées consensuelles et réussir là où d'autres ont échoué jusqu'à ce jour.

Georges Renouard
Président de la Mutuelle Mip

La Mutuelle Mip s'engage à réduire vos restes à charge : le point sur le tiers payant et la télétransmission

Tiers payant, carte de tiers payant, télétransmission... pas toujours simple à comprendre ! Comment s'y retrouver ? Quelques explications et conseils de votre Mutuelle Mip.

➤ Tiers payant Mutuelle Mip... pour vous dispenser de faire l'avance des frais

Pour l'adhérent, un principe simple et transparent. Vous n'avez plus à faire l'avance de vos frais de santé et à vous inquiéter de percevoir ensuite votre remboursement.

Le tiers payant ? Qu'est-ce que c'est ?

Le tiers payant est le service **qui permet à un adhérent de ne pas avoir à avancer l'intégralité de ses dépenses de santé**, pour autant que ces dernières soient prises en charge par son régime obligatoire d'Assurance maladie (Sécurité sociale) d'une part et par son organisme de complémentaire santé (Mutuelle Mip) d'autre part.

Derrière un concept simple se cache un dispositif technique particulièrement complexe qui rend sa généralisation, initialement prévue par le projet de loi santé pour 2017, compliquée et nous constatons aujourd'hui que son déploiement prend plus de temps qu'estimé lors des phases de cadrage de cette mesure.

D'ailleurs, si le tiers-payant est pratiqué de longue date et de manière massive par certains professionnels de santé (pharmaciens pour 99 % des actes notamment), cette pratique progresse mais reste limitée pour les actes médicaux, avec 28 % de ces actes en tiers-payant, hors cas d'obligation légale, c'est-à-dire dans les cas suivants :

- vous disposez de faibles ressources et êtes bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME);
- vous êtes pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie dans le cadre de votre maternité ou d'une affection de longue durée (ALD);

- vous êtes victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle;
- vous êtes hospitalisé dans un établissement conventionné; vous bénéficiez d'un acte de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé.

Saviez-vous qu'il est également possible de bénéficier du tiers payant dans d'autres situations ? Lors d'une consultation chez votre médecin traitant, une infirmière ou pour des médicaments en pharmacie, notamment.

Comment cela fonctionne ?

1. Le professionnel de santé pratique le tiers payant intégral (sur la base du tarif Sécurité sociale c'est-à-dire hors dépassement d'honoraires éventuels), à la fois sur la part prise en charge par votre régime obligatoire d'Assurance maladie (Sécurité sociale) et sur la part complémentaire prise en charge par votre Mutuelle Mip (dite « ticket modérateur » ou TM). Vous ne payez rien, dans la limite du tarif de l'acte et hormis les produits non remboursables, les actes hors nomenclature ou les dépassements d'honoraires.

Vous n'avez aucun document à adresser dans la mesure où la télétransmission de vos soins est active sur votre compte www.ameli.fr. La participation de votre Mutuelle Mip sur le dépassement d'honoraires éventuel vous sera automatiquement versée à réception de la télétransmission Sécurité sociale. Sur présentation de votre carte Vitale et de votre carte de tiers-payant, vous évitez l'avance de vos frais de santé. C'est le cas par exemple, avec les pharmacies qui ont signé des conventions avec votre Mutuelle Mip. Les parts remboursables par l'assurance maladie et par votre organisme complémentaire

seront versées directement au pharmacien par les deux organismes. Ainsi, le plus souvent, vous n'avez rien à régler à l'officine.

2. Le professionnel de santé pratique uniquement le tiers payant Sécurité sociale.

Vous ne payez que le ticket modérateur (la somme restant après le remboursement de la Sécurité sociale) et le dépassement éventuel.

Vous n'avez aucun document à adresser dans la mesure où la télétransmission de vos soins est active sur votre compte www.ameli.fr. Si un justificatif de paiement est nécessaire, celui-ci vous sera réclamé et indiqué par un report sur votre décompte de remboursement Mutuelle Mip.

Sur présentation de votre carte Vitale, le professionnel de santé établit une feuille de soins électronique. Dans ce cas, les échanges entre l'Assurance maladie et votre Mutuelle Mip se font automatiquement (système Noémie – voir l'encadré ci-dessous).

3. Le professionnel de santé refuse de pratiquer le tiers payant (à la fois sur la part obligatoire Sécurité sociale et sur la part complémentaire de votre Mutuelle Mip).

Vous réglez l'intégralité des soins au praticien.

Vous n'avez aucun document à adresser dans la mesure où la télétransmission de vos soins est active sur votre compte www.ameli.fr. Si un justificatif de paiement est nécessaire, celui-ci vous sera réclamé et indiqué par un report sur votre décompte de remboursement Mutuelle Mip.

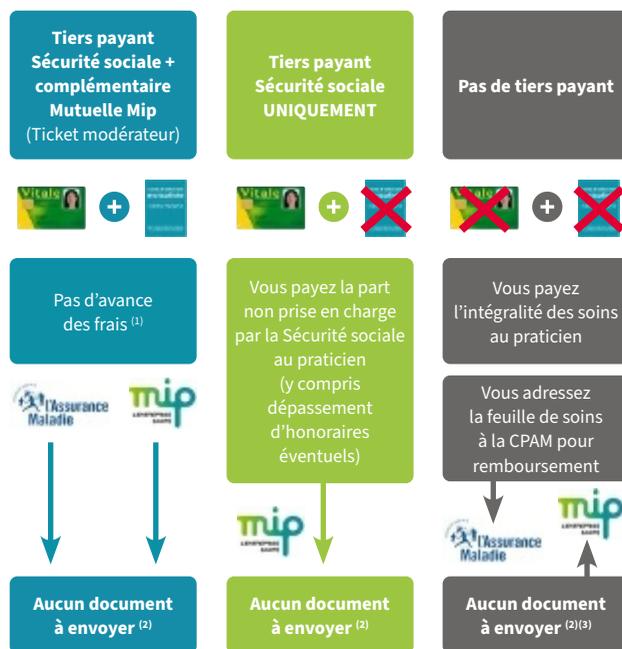
Le professionnel de santé vous fait payer le montant total de la facture (consultation ou autres...) et sur présentation de votre carte Vitale, il établit une feuille de soins électronique. Dans ce cas, les échanges entre l'Assurance maladie et votre Mutuelle Mip se font automatiquement (système Noémie). À défaut, celui-ci vous remet une feuille de soins à compléter, signer et adresser à votre régime obligatoire d'Assurance maladie (Sécurité sociale).



QU'EST-CE QUE LE SYSTÈME NOÉMIE ?

Noémie est un système informatique d'échanges permettant la télétransmission des décomptes de paiement des prestations aux assurés entre « les intervenants extérieurs » que sont l'Assurance maladie et les organismes de complémentaire santé. Il évite la transmission de documents papier par voie postale ou autres et permet des remboursements bien plus rapides. En résumé, pour les soins remboursés par la Sécurité sociale, vous n'avancez aucun frais ou vous réglez tout ou partie des soins selon le niveau de tiers payant pratiqué mais, dans tous les cas, si la télétransmission est effective entre la CPAM et notre mutuelle, vous n'avez plus aucun document à nous envoyer sauf si la Mutuelle Mip vous le réclame (via un report sur le décompte Mutuelle Mip).

Retrouvez ci-dessous le fonctionnement de votre carte Vitale et de votre carte de tiers-payant auprès d'un professionnel de santé :



⁽¹⁾ Sauf dépassement d'honoraires éventuels et selon les niveaux de prise en charge indiqués sur la carte de tiers payant.

⁽²⁾ Si un justificatif de paiement est nécessaire, celui-ci vous sera réclamé et indiqué par un report sur votre décompte de remboursement Mutuelle Mip.

⁽³⁾ En cas de demande de votre mutuelle ou si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, joindre votre décompte de prestations Sécurité sociale (CPAM).

Un professionnel de santé peut-il refuser le tiers payant ?

Si depuis le 1^{er} janvier 2017, le tiers payant généralisé permet à l'ensemble des professionnels de santé d'appliquer le tiers payant (pour la part obligatoire d'Assurance maladie) à tous les patients, il reste facultatif sauf dans les cas soumis à une obligation légale. Les praticiens sont donc libres de pratiquer le tiers payant, même si votre mutuelle le prévoit dans votre contrat de complémentaire santé.

Il peut également vous être refusé en cas de :

- refus d'un médicament générique proposé par le pharmacien en remplacement du médicament original ;
- consultation hors du parcours de soins coordonnés (sauf urgence médicale), par exemple auprès d'un spécialiste sans prescription de votre médecin traitant, ou de consultations ou soins avec dépassements d'honoraires ;
- soins non remboursés par l'Assurance maladie.

Le tiers payant et votre complémentaire santé Mutuelle Mip : quelles prises en charge ?

En tant qu'adhérent à la Mutuelle Mip vous bénéficiez du tiers payant intégral sur les médicaments, les soins d'hôpitaux

conventionnés et, en général, les analyses de laboratoires et actes de radiologie. Pour les prothèses dentaires, auditives et les frais d'optique, le tiers payant s'applique **selon les conditions de votre garantie**, mais nécessite au préalable **une demande de prise en charge auprès de votre mutuelle**. Cette prise en charge est en principe directement demandée par votre professionnel de santé auprès de votre Mutuelle Mip. La réforme du 100 % santé vous permet depuis le 1^{er} janvier 2021, de bénéficier de prothèses dentaires, auditives et de frais optiques sans aucun frais à déboursier.



Votre carte de tiers payant

Lorsque votre adhésion est prise en compte, vous recevez votre carte de tiers payant. Elle justifie de votre appartenance à la Mutuelle Mip et vous permet, à vous et à vos ayants droit, de bénéficier du tiers payant. Son renouvellement est annuel. Vous recevez automatiquement et sans avoir à en faire la demande votre nouvelle carte, valide du 1^{er} janvier au 31 décembre. En cas de perte, il suffit de vous connecter à votre espace privé, sur www.mutuelle-mip.fr, et d'un simple clic demander son édition à la rubrique « Mes demandes ». **Attention ! Pour éviter les cas de fraude, signalez-nous tout vol de votre carte de tiers payant !**

Bien utiliser le tiers payant

Pour une meilleure utilisation du tiers payant, une seule règle à retenir : **présentez toujours votre carte de tiers payant**

Mutuelle Mip avec votre carte Vitale (ou son attestation). En présentant votre carte de tiers payant, impérativement accompagnée de votre carte Vitale, vous êtes dispensé, dans la limite des garanties souscrites et durant la période de validité indiquée, de toute avance de frais pour les soins précisés sous la rubrique « Garanties ouvrant droit à tiers payant, régime obligatoire inclus » figurant sur votre carte. Sans présentation de ces deux documents, vous ne pouvez pas avoir accès au tiers payant intégral (régime obligatoire plus couverture complémentaire santé Mutuelle Mip) et vous ne pouvez plus être dispensé de l'avance totale de frais chez votre pharmacien ou dans votre laboratoire d'analyses.



À RETENIR

Sachez que votre carte Vitale permet la prise en charge de la part régime d'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et que votre carte de tiers payant permet la prise en charge de la part complémentaire de votre Mutuelle Mip. N'oubliez pas de mettre à jour votre carte Vitale à chaque changement de situation et d'en informer votre mutuelle. La mise à jour de votre carte Vitale peut être effectuée dans la plupart des pharmacies ou sur les bornes mises à disposition dans les points d'accueil de l'Assurance maladie. C'est simple et très rapide à réaliser !

➤ La télétransmission, pour des démarches simplifiées

La télétransmission Noémie est utilisée par votre CPAM (Caisse primaire d'Assurance maladie) et votre Mutuelle Mip pour communiquer facilement. Cette connexion permet l'envoi d'un flux d'informations électroniques qui nous sert à payer automatiquement votre part de remboursement complémentaire. Sur présentation de votre carte Vitale à votre professionnel de santé, **vos feuilles de soins sont automatiquement transmises** à votre CPAM (Caisse primaire d'Assurance maladie), qui vous rembourse directement et adresse simultanément vos décomptes à votre Mutuelle Mip **sans aucune intervention de votre part**.

Votre Mutuelle Mip, à réception de vos décomptes, procède au virement de vos remboursements et vous **notifie son remboursement par mail**.

Si vous ne recevez pas de mail de notification de remboursement, mais que vous êtes informé de la mise à disposition d'un décompte de prestation Mutuelle Mip dans votre espace

adhérent sur www.mutuelle-mip.fr, reportez-vous aux éventuels reports indiqués sur votre décompte pour connaître les documents complémentaires à nous transmettre pour pouvoir procéder au remboursement de vos soins.

La télétransmission entre votre CPAM et votre Mutuelle Mip facilite vos démarches, permet une réduction des délais de remboursement et, en règle générale, vous évite l'envoi de documents à votre mutuelle.

Retrouvez ci-dessous les conseils de votre Mutuelle Mip pour bénéficier de la télétransmission dans les meilleures conditions et en cas de dysfonctionnement, les informations et solutions pour y remédier.

Le système Noémie

Système Noémie, remboursement automatisé, télétransmission : diverses appellations pour un service qui consiste en une connexion entre votre organisme complémentaire (Mutuelle

Mip) et votre Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), ce qui vous évite d'avoir à nous transmettre vos décomptes de Sécurité sociale. La télétransmission permet ainsi à votre organisme complémentaire de vous rembourser plus rapidement.

La mise en place de la télétransmission entre l'organisme complémentaire et la CPAM

Lors de votre adhésion, vous devez impérativement nous adresser **une photocopie de moins de trois mois de votre attestation Vitale**, ainsi que celle de vos éventuels ayants droit. Vous devez également nous préciser si vous ou vos ayants droit bénéficiez d'un premier organisme, autre que Mutuelle Mip.

La Mutuelle Mip enregistre l'organisme d'affiliation qui figure sur votre attestation Vitale et établit ainsi la télétransmission. Si votre attestation n'est pas jointe à votre bulletin d'adhésion, adressez-nous cette dernière directement via votre espace privé sur le site internet de votre mutuelle : www.mutuelle-mip.fr. L'enregistrement de votre attestation provoque l'envoi d'un flux le lendemain à votre CPAM.

La Sécurité sociale va traiter l'envoi informatique du fichier de l'organisme complémentaire (**jusqu'à 8/10 jours de délai**), et nous devons recevoir en retour et pour chaque bénéficiaire : soit un acquittement (la télétransmission est effective), soit un rejet nous indiquant un motif.

Dans ce second cas, nous vous informons du motif du refus et vous demandons d'effectuer les démarches nécessaires directement auprès de votre Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou de votre ancien organisme complémentaire, pour pouvoir régulariser votre situation.

Comment contrôler que vous bénéficiez de la télétransmission ?

Connectez-vous sur le site de l'Assurance maladie www.ameli.fr, rubrique « mon compte ». Puis dans la rubrique « mes

informations », sélectionnez « ma complémentaire santé » pour vérifier le nom de l'organisme complémentaire mentionné.

Vous bénéficiez de la télétransmission ? Vos décomptes de Sécurité sociale indiquent le message suivant : « *Ces informations ont été transmises à votre organisme complémentaire ou nom de l'organisme* (cela dépend des CPAM) », conservez ces décomptes, leur règlement est automatique.

Vos décomptes ne signalent pas la transmission à votre organisme complémentaire ? Dans ce cas, vous devez nous adresser vos décomptes pour règlement et contacter votre conseiller Santé Mutuelle Mip pour bénéficier du service de remboursements automatisés.

Il vous appartient de vérifier que la télétransmission fonctionne en contrôlant votre compte Améli et/ou vos décomptes Sécurité sociale.

Tout se complique quand les échanges ne fonctionnent pas !

En cas d'incident informatique, de changement de Caisse primaire d'Assurance maladie, vous devrez régler les soins immédiatement au professionnel de santé. L'Assurance maladie vous rembourse et vous envoie son décompte. Ce document doit être transmis à votre organisme complémentaire par tous moyens à votre convenance (courrier, site internet) pour remboursement de la part complémentaire, accompagné le cas échéant de pièces justificatives de paiement (factures, etc.).

Les raisons pour lesquelles cette liaison ne peut fonctionner et comment y remédier :

- les informations que votre Mutuelle Mip transmet à la CPAM (numéro de Sécurité sociale, date de naissance, numéro de caisse CPAM) sont différentes ou non existantes dans cette CPAM ;
- votre Mutuelle Mip vous informe de ce dysfonctionnement et, dans ce cas, transmettez-nous votre attestation Vitale



RAPPELS

CHANGEMENT D'ADRESSE

Lorsque vous nous informez de votre changement d'adresse, vous recevez automatiquement un courrier pour vous confirmer que votre changement d'adresse a bien été pris en compte et vous demander de nous transmettre la photocopie de votre nouvelle attestation Vitale, afin de remettre en place, si nécessaire, la télétransmission de vos décomptes.

CHANGEMENT DE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE D'UN AYANT DROIT

Un courrier automatique lui est adressé pour lui demander la photocopie de son attestation Vitale, afin de mettre en place la télétransmission. S'il ne peut en bénéficier (il n'y a pas de convention avec certaines caisses) : un courrier d'information lui est adressé, précisant qu'il doit nous adresser les décomptes par tous moyens à sa convenance (courrier, site internet) de son régime obligatoire d'assurance maladie, afin de procéder au remboursement de ses frais de santé.

INSCRIPTION D'UN ENFANT SANS RÉCEPTION DE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION VITALE

L'inscription de l'enfant sera effectuée sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent principal, et une demande d'attestation Vitale sur laquelle figure l'enfant vous sera réclamée. Si cette attestation ne nous est pas transmise, la télétransmission ne pourra pas être mise en place pour l'enfant. L'enfant peut être enregistré sous le numéro de Sécurité sociale de chaque parent, dans ce cas vous devez nous fournir les deux attestations Vitales.

directement sur le site www.mutuelle-mip.fr pour disposer d'informations à jour;

- la CPAM nous signale un « chevauchement » de contrats (la Mutuelle Mip et un autre organisme complémentaire sont enregistrés dans le fichier). En effet, si vous étiez antérieurement adhérent à un organisme complémentaire santé, autre que Mutuelle Mip, et que la télétransmission était déjà en place, nous recevons un motif de rejet dit « chevauchement ». La CPAM ne pouvant transmettre qu'à un seul organisme et ne sachant pas quel organisme doit recevoir la télétransmission, elle bloque l'envoi du décompte par télétransmission et vous adresse un décompte papier avec le message: « *Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire, si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conservez une copie* ». Dans ce cas, votre Mutuelle Mip vous informe de ce dysfonctionnement et vous indique la procédure à suivre.

Pourquoi ce chevauchement de contrat ?

- Votre ancien organisme complémentaire n'a pas encore effectué votre radiation: vous avez la possibilité de sélectionner vous-même sur votre compte Ameli (rubrique « mes informations »), l'organisme complémentaire devant intervenir pour les remboursements de vos soins.
- Votre ancien organisme complémentaire a bien effectué votre radiation, mais celle-ci n'a été que partielle (incident technique), et la télétransmission est restée active au niveau de la CPAM: vous devez demander à votre ancien organisme complémentaire d'envoyer un nouveau mouvement de radiation de télétransmission à votre centre de CPAM.

RECOMMANDATIONS



Vous déménagez et changez de CPAM ?

Pensez à faire votre changement de CPAM et adressez-nous la photocopie de votre nouvelle attestation Vitale dès réception. Il peut se passer un certain laps de temps avant que la CPAM (Sécurité sociale) vous adresse votre nouvelle attestation Vitale. Nous vous conseillons de vérifier que la mention « Décompte télétransmis » (ou autre libellé), figure bien sur les décomptes reçus de votre nouvelle CPAM.

En attendant que la télétransmission fonctionne...

Si vos décomptes de la Sécurité sociale ne signalent pas la transmission, cela implique que votre situation n'est pas encore régularisée et vous devez nous adresser vos décomptes par courriel ou courrier pour règlement.

- Vous êtes couvert par deux organismes complémentaires et souhaitez conserver la télétransmission avec votre premier organisme. Vous devez choisir le premier organisme sur votre compte Ameli et nous en informer en nous transmettant le décompte par tous moyens à votre convenance (www.mutuelle-mip.fr, courrier) de votre premier organisme, ainsi que, dans la mesure du possible, la grille de prestations, afin de faciliter la liquidation manuelle des dossiers sur lesquels nous serions susceptibles d'intervenir.

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter votre Mutuelle Mip.

Nous sommes à votre disposition sur www.mutuelle-mip.fr

« Opticien à domicile »: le nouveau service de proximité de votre Mutuelle Mip

Améliorer l'accès aux soins optiques et bénéficier d'un opticien sans se déplacer, c'est ce que propose votre Mutuelle Mip avec le nouveau service d'Itelis: « opticien à domicile ». Grâce au partenariat avec Optical Center Mobile, vous pouvez faire faire vos lunettes sans bouger de votre domicile!

Ce nouveau service Itelis consiste à faire venir un opticien à l'adresse souhaitée: l'opticien se déplace, vérifie votre acuité visuelle et vous guide dans le choix de

vos verres. Il vous proposera aussi une large sélection de montures (jusqu'à 200 montures disponibles).

Ensuite, une fois l'équipement réalisé, l'opticien effectue lui-même la livraison à votre domicile, ainsi que tous les ajustements et vérifications pour s'assurer de votre confort dans votre nouvel équipement.

En complément de cette démarche, l'opticien peut également apporter des produits complémentaires (solaires, lentilles, accessoires) à votre demande:

vous devez seulement le formuler lors de la prise de rendez-vous.

Ce nouveau service s'adresse tout particulièrement aux personnes ayant des difficultés à se déplacer ou résidant dans des zones éloignées, qui peuvent ainsi bénéficier de la qualité d'un opticien en magasin, directement à leur domicile!

itelis

Maîtriser vos dépenses de santé et optimiser vos démarches.

Les conseils de votre Mutuelle Mip

Différents outils sont mis en place par votre Mutuelle Mip pour optimiser vos démarches et vous assurer le remboursement de vos dépenses de santé dans les meilleurs délais, sans surprise et en toute tranquillité. Ils facilitent votre quotidien et nous vous invitons à les utiliser.

Contrôler et réduire ses dépenses de santé ? Pensez à solliciter un devis auprès de votre praticien !

Savez-vous que vous pouvez demander un devis à votre professionnel de santé avant qu'il n'effectue un acte médical ? Plus spécifiquement, **un devis détaillé doit être remis obligatoirement au patient**, en cas de dépassement d'honoraires et pour tout montant supérieur à 70 €.

Simple et pratique ! Vous déposez le devis réalisé par votre professionnel santé directement sur www.mutuelle-mip.fr, dans votre espace privé à la rubrique « Mes demandes », sélectionnez « Demande de devis ». En retour, Mutuelle Mip vous adresse sous 2 jours ouvrés une estimation de votre remboursement, en fonction des garanties prévues par votre contrat.

Grâce à cette estimation, vous aurez un aperçu du remboursement de votre mutuelle, mais aussi et surtout des frais restants éventuellement à votre charge.

Vous serez libre à ce moment-là d'accepter ou non les soins envisagés par votre professionnel de santé ou de vous orienter vers d'autres professionnels de santé pratiquant des prix « avec tact et mesure ».

Sachez que d'un praticien à un autre, adhérent ou pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) et pour les mêmes soins, les prix peuvent varier du simple au double et que le devis demandé au praticien ne vous engage aucunement auprès de ce dernier.

Pour vos dépenses de lunettes, prothèses dentaires et aides auditives : pensez au 100 % santé !



La réforme dite du 100 % santé favorise l'accès aux soins pour tous. Son but est de rembourser la totalité de certains frais dans 3 secteurs onéreux et peu pris en charge : **le dentaire,**

l'optique et l'audiologie.

Les prestations dites 100 % santé regroupent une sélection de soins et équipements de qualité et intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et votre Mutuelle Mip. Tous les contrats d'assurance complémentaire solidaires et responsables doivent couvrir le « panier 100 % santé ».



Ces paniers sont obligatoirement mentionnés sur votre grille de garantie responsable.

Dans ce cadre, les professionnels de santé consultés ont l'obligation de vous proposer :

- des équipements 100 % santé s'il veulent pouvoir proposer des équipements à tarif libre;
- un devis avec un équipement 100 % santé s'ils veulent faire un devis avec un équipement à tarif libre.

Ainsi, vous pouvez choisir librement entre **un équipement 100 % santé sans reste à charge** ou un équipement avec reste à charge.

La Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a publié, en juillet 2022, une enquête sur la connaissance du dispositif 100 % santé et l'intention d'y recourir. Cette enquête réalisée, sur la base d'un échantillon de 4000 personnes de 18 ans et plus, entre octobre et novembre 2021, démontre une connaissance imparfaite de l'offre, puisqu'un an après sa mise en place, seulement 53 % des enquêtés déclarent avoir déjà entendu parler du dispositif.

Le 100 % santé ce sont des soins pour tous, 100 % pris en charge.

L'attitude de certains professionnels de santé qui refuseraient ou omettraient d'en informer leurs patients, expliquerait en partie cette méconnaissance de l'offre 100 % santé auprès des patients.

Prise en charge ? Devis avec engagement ? L'importance d'un accord préalable de votre Mutuelle Mip

Les remboursements de vos dépenses de santé sont en règle générale et sans formalité particulière effectués par votre mutuelle directement sur votre compte bancaire, grâce à la télétransmission.

Pour certains soins dont les tarifs sont assez élevés, un accord préalable de prise en charge de votre mutuelle (hospitalisation, soins dentaire, soins d'optique, prothèse auditive...) est recommandé.

Attention, une prise en charge par votre mutuelle ne signifie pas que votre reste à charge sera nul, elle vous **assure de la prise en charge** des dépenses que vous souhaitez réaliser, **dans le cadre de vos garanties souscrites** et en fonction de la base de remboursement de la

Sécurité sociale. Concrètement, vous ne payez à votre professionnel de santé que la partie des frais qui reste à votre charge.

La plupart du temps, la demande de prise en charge est effectuée par le professionnel de santé comme chez l'opticien ou par l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation pour vos frais de séjour. D'autres fois, vous pouvez être amené à nous transmettre cette demande de prise en charge.

Dans ce cas, connectez-vous sur www.mutuelle-mip.fr dans votre espace privé à la rubrique « Mes demandes », sélectionnez « Demande de devis » et adressez-nous directement **vos demande de prise en charge, ainsi que le devis détaillé du professionnel de santé.**

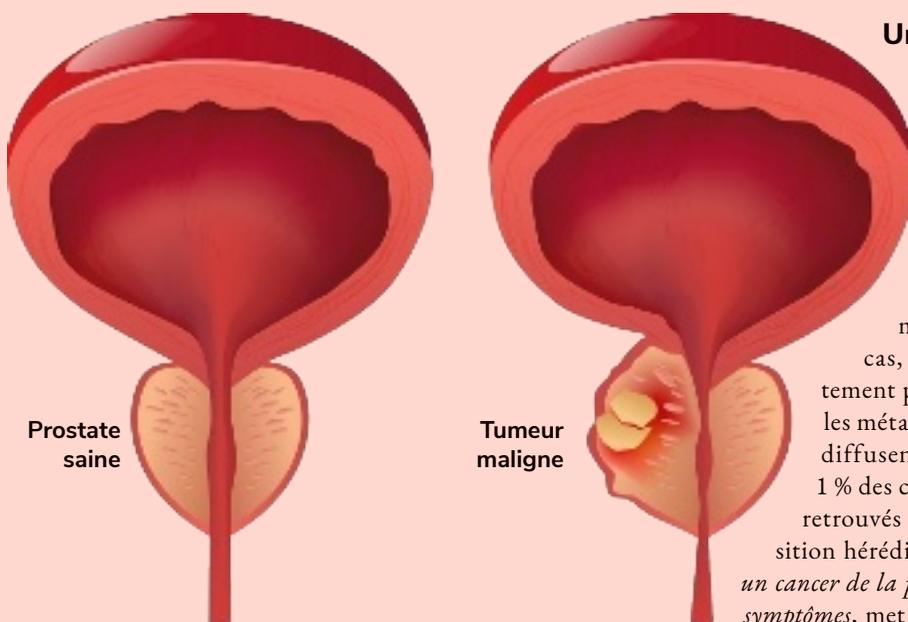
En retour, Mutuelle Mip vous adresse son accord. Il sera fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé.

Attendez l'accord de Mutuelle Mip pour entreprendre vos soins ou acte médical. Grâce à la prise en charge de votre mutuelle, vous serez dispensé de l'avance de vos frais de santé.

Cancer de la prostate : une nouvelle ère

Avec un décès par cancer de la prostate toutes les heures en France, infléchir la mortalité liée à ce type de cancer est une priorité. À cette fin, la seule option consiste à dépister les hommes avant la survenue de symptômes urinaires, témoins d'un stade avancé de la maladie. Aujourd'hui, un dépistage plus personnalisé se dessine grâce aux innovations technologiques...

Chaque mois de novembre, l'événement caritatif international Movember sensibilise les hommes à leur santé, et notamment à l'adénocarcinome de prostate. Car cette petite glande de 20 g, pas plus grosse qu'une châtaigne, essentielle à la fertilité masculine, peut causer bien des soucis auxquels peu d'hommes échappent... Sauf en la surveillant de près. Si la moyenne d'âge au diagnostic est de 65-67 ans, les hommes âgés ne sont pas les seuls concernés : « *le cancer de la prostate peut survenir en effet dès 50 ans et même 45 ans en cas de facteurs de risque (afro-américains, origines africaines, mutation génétique BRCA2)* », indique le Pr Georges Fournier, chirurgien urologue (Brest) et président de l'Association française d'urologie (AFU).



Un cancer qui se développe en silence

Cancers dont le pronostic s'est considérablement amélioré depuis les années 1990, les adénocarcinomes de la prostate diagnostiqués précocement représentent 80 % des nouveaux cancers. Dans 70 % des cas, il n'y a pas de risque d'évolution vital dans les 15 ans à venir, même sans traitement. Dans 30 % des cas, du fait de signes d'agressivité, un traitement permet d'interrompre l'évolution vers les métastases (lorsque les cellules cancéreuses diffusent dans l'organisme). Enfin, moins de 1 % des cas sont des cancers à évolution rapide, retrouvés chez des hommes ayant une prédisposition héréditaire. « *Contrairement à une croyance, un cancer de la prostate débutant ne donnera jamais de symptômes*, met en garde le Pr Fournier. *Les problèmes*

urinaires sont en majorité dus à une hypertrophie bénigne de prostate, une maladie très courante mais non cancéreuse ». En revanche, les cancers de la prostate avancés génèrent des symptômes, par exemple des difficultés pour uriner, un jet d'urine faible, un besoin d'une poussée abdominale pour uriner voire un blocage complet empêchant la vessie de se vider.

Cancer de la prostate, dépister ou s'abstenir ?

Le dépistage du cancer de la prostate fait toujours débat malgré l'avènement de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) dite multiparamétrique (IRMmp), une technologie largement utilisée depuis quelques années à peine. Ce type d'imagerie est en mesure de discriminer les cancers agressifs, tout en laissant de côté les formes indolentes ou peu agressives et dont certaines seront juste placées sous surveillance rapprochée. « Du fait des nouvelles technologies, le fait de dépister est en mesure de réduire la mortalité, par une action précoce, résume le Pr Fournier, tout en limitant en théorie le risque de surdiagnostic et de surtraitement. » Le choix de se faire dépister revient donc à chaque homme. Car il n'est pas question aujourd'hui pour les autorités de santé françaises d'organiser un dépistage généralisé du cancer de la prostate à l'instar de ce qui est en vigueur dans les cancers du côlon et du sein. Pour l'Institut national du cancer, le sujet reste même officiellement du domaine de la recherche. En 2016, la Haute autorité de santé (HAS) a consenti à un dépistage « opportuniste » (au cas par cas), en laissant le choix au médecin et surtout aux hommes de décider par eux-mêmes d'un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) à partir de 50 ans. « Le Collège de la médecine générale insiste sur la prise de décision partagée entre le médecin et le patient pour les hommes âgés de 55 à 69 ans sur l'intérêt

DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE TRAITEMENT

Au-delà de la chirurgie, de la radiothérapie, des traitements hormonaux et de la chimiothérapie, de nouvelles pistes thérapeutiques se concrétisent, en particulier celle de la radiothérapie interne vectorisée : injecté dans le sang, un marqueur est lié à un vecteur de radiothérapie (le lutétium) qui se fixe sur les cellules cancéreuses afin de localiser la tumeur et ses métastases et de les détruire.

« UNE BOMBE À RETARDEMENT »



Le Pr Georges Fournier* explique : « Ce cancer est une bombe à retardement que l'on peut désamorcer à temps. C'est un argument pour dépister un éventuel cancer débutant, en faisant doser son taux de PSA, idéalement complété par un toucher rectal. La crainte des effets secondaires, principalement urinaires et sexuels, est justifiée. En effet, aujourd'hui aucun traitement du cancer de la prostate n'en est dénué. Cependant, à 60 ans, et lorsque la chirurgie de la tumeur permet de préserver les nerfs de l'érection, les deux tiers des hommes conserveront une vie sexuelle globalement satisfaisante, dont une partie à l'aide de médicaments de l'érection. À l'inverse, plus on découvre la tumeur tardivement, plus on devra réaliser des chirurgies élargies et/ou des rayons associés à un traitement hormonal. Privé de testostérone, la baisse de libido est alors systématique. »

*Dans la tourmente de la prostate, Pr Georges Fournier et Pr Olivier Cussenot, Éditions Favre, 2022.

de pratiquer un dépistage », ajoute le Dr Bernard Clary, médecin généraliste et membre du conseil scientifique. Un *statu quo* que rejette la société savante d'urologie via son comité de cancérologie (CCAFU), soulignant que l'absence d'alternative au dépistage de la part des pouvoirs publics pour infléchir le nombre des décès par cancer de la prostate est intolérable, alors même qu'un cancer découvert tardivement est bien plus difficile à guérir.

Avec 50 000 nouveaux cas et 8 100 décès par an en France en moyenne, le cancer de la prostate est la tumeur masculine la plus fréquente.

En pratique

Si le dosage du PSA reste d'actualité, le parcours de dépistage du patient a évolué en 2022 : « on est sorti d'un algorithme pourvoyeur de biopsies (prélèvements de cellules de prostate en vue de déterminer les caractéristiques de la tumeur) trop nombreuses et de traitements inutiles », rassure le Pr Fournier. Selon le CCAFU, un dosage de PSA peut être proposé chez les hommes à partir de l'âge de 50 ans (45 ans en cas d'origine africaine et d'antécédents familiaux ; 40 ans en cas de mutation BRCA2). Un taux de PSA > 3 ng/ml et/ou un toucher rectal suspect imposent la réalisation d'une IRMmp. Si celle-ci est anormale ou s'il existe des facteurs de risque, une biopsie de la glande est réalisée et le diagnostic final posé en fonction du résultat de l'examen au microscope. À l'étude, les scores polygéniques (incluant plusieurs gènes) pourraient personnaliser davantage le dépistage : en plus des mutations constitutionnelles du cancer de la prostate héréditaire, des variants génétiques viennent d'être identifiés, utiles au calcul d'un risque relatif individuel de cancer de prostate agressif.

Hélène Joubert



Vivre avec un handicap aujourd'hui

En France, 12 millions de personnes souffrent d'un handicap et pour 80 % d'entre elles il est invisible et complique la vie au quotidien. Dépistage, prestations, école, emploi, logement, quoi de neuf ?

Dossier réalisé par Violaine Chatal

Prestations : la fin d'une injustice

C'est la fin d'une discrimination, selon les associations. Depuis la publication d'un décret en avril dernier, les personnes souffrant de troubles psychiatriques neurodéveloppementaux peuvent prétendre à la Prestation de compensation du handicap (PCH). L'entrée en vigueur de cette mesure est prévue pour janvier 2023. Les associations de défense des personnes en situation de handicap demandaient aussi que les revenus du conjoint ne soient plus pris en compte dans le calcul de l'allocation pour adultes handicapés (AAH). C'est désormais chose faite depuis le vote



« L'INCLUSION SIGNIFIE ALLER VERS LES AUTRES », MORGANE LEGRAND, 29 ANS, MALVOYANTE

« J'ai une atteinte du nerf optique qui s'est dégradée progressivement. Aujourd'hui je n'ai pas complètement perdu la vue mais on n'est pas très loin. J'ai bénéficié d'un accompagnement et j'ai suivi un apprentissage pour apprendre à manier des outils vocaux favorisant l'autonomie. (...) Quand on perd la vue, on fonctionne avec le vocal en permanence. Je vis donc dans un monde de sursollicitation permanente. Cela demande énormément de concentration mais c'est quand même beaucoup moins fatigant que de miser sur mon peu de potentiel visuel restant. Parfois je mets un casque pour être un peu plus dans ma bulle et ne pas entendre trop de choses en même temps. Je me ménage aussi des temps pour souffler



et arriver à décrocher. J'aimerais dire à ceux qui vont perdre la vue que cela va être difficile mais que la vie ne va pas s'arrêter pour autant. L'inclusion pour moi c'est très positif car cela signifie aller vers les autres. »

Podcast Pépin, n° 17, « Vivre avec optimisme malgré un handicap visuel »

par le Sénat ce 28 juillet de la déconjugalisation de cette aide. Cette mesure doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} octobre 2023. En attendant cette date et depuis janvier dernier, les revenus du conjoint non bénéficiaire de l'AAH font l'objet d'un abattement forfaitaire de 5 000 euros auquel s'ajoute un abattement de 1 400 euros par enfant à charge.

Les associations dénonçaient aussi la variabilité de la prise en charge des tarifs horaires des aides à domicile d'un département à l'autre. Depuis le 1^{er} janvier 2022, un tarif plancher au niveau national a été mis en place. Désormais, les interventions des services d'aide à domicile sont rémunérées 22 euros de l'heure concernant les prestations d'accompagnement pour les personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Les parlementaires ont aussi instauré un amendement qui prévoit que le tarif plancher sera réétudié tous les 3 ans.

Autre bonne nouvelle pour le pouvoir d'achat : depuis le 1^{er} janvier dernier, l'allocation journalière du proche

aidant (AJPA) a été revalorisée au niveau du Smic (58 euros nets par jour).

Faciliter l'emploi

L'emploi représente un autre domaine capital pour l'insertion des personnes en situation de handicap.

Depuis 2017, la France propose le dispositif emploi accompagné (DEA) aux personnes avec un handicap invisible, comme un handicap psychique, une déficience intellectuelle ou des troubles du neurodéveloppement (TND). Pris en charge par l'État, cet accompagnement personnalisé – dont l'intensité varie en fonction des besoins de la personne et de son employeur – est réalisé par un conseiller formé à ces handicaps invisibles.

Autre mesure, le déploiement du plan de transformation des entreprises adaptées (EA). Ce fonds a été mis en place sur la période 2019-2022 afin d'améliorer l'inclusivité de ces entreprises. Il a déjà permis de soutenir 500 entreprises adaptées notamment dans les filières du textile, du numérique et de la sous-traitance automobile.

~
ENVIRON
10 000
PERSONNES
DEVRAIENT
BÉNÉFICIER
DU DISPOSITIF
« EMPLOI
ACCOMPAGNÉ »
D'ICI LA FIN
DE L'ANNÉE.





de réussite éducative (PPRE), d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP), d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ou d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Pour les enfants autistes, les unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) représentent aussi de nouvelles perspectives de scolarisation.

Les unités d'enseignement en maternelle pour enfants

autistes (UEM) ont été créées en 2014 et trois ans plus tard, les UEEA ont pris le relais au niveau élémentaire. Il s'agit de classes des établissements médico-éducatifs implantées dans des écoles ordinaires.

En 2022, 14 UEEA vont être créées et les UEM devraient scolariser plus de 2 000 enfants en maternelle.

Un meilleur dépistage de l'autisme

Depuis 2019, des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) accueillent les enfants avec des écarts de développement. Ces structures

»» D'ici la fin 2022, 40 000 emplois supplémentaires devraient être créés.

Les personnes en situation de handicap qui cherchent un emploi ou qui veulent en changer peuvent aussi bénéficier du rapprochement entre Pôle emploi et Cap emploi qui permet de simplifier les démarches et d'améliorer la qualité de service. Le rapprochement a été finalisé le 1^{er} mai dernier.

Enfin, le Plan d'investissement dans les compétences (PIC) a permis de financer des actions visant à développer les compétences des demandeurs d'emploi en situation de handicap faiblement qualifiés ou sans qualification.

École : une meilleure intégration

En 2020, trois premières unités d'enseignement externalisées polyhandicap (UEEP) ont vu le jour dans l'Essonne, à Marseille et en Ile-et-Vilaine puis cinq autres en 2021. Reposant sur un partenariat

entre l'Éducation nationale et les acteurs du domaine médico-social, ces unités permettent la scolarisation d'enfants polyhandicapés au sein de l'école. À savoir, 10 nouvelles unités devraient ouvrir en 2022 et en 2023 : il y en aura au moins une par académie.

L'accueil des enfants en situation de handicap passe aussi par la formation de leurs enseignants.

Depuis un arrêté du 25 novembre

2020, les étudiants inscrits en master des métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation (MEEF) peuvent suivre une formation de 25 heures autour de la scolarisation inclusive. Un livret de parcours inclusif a également fait sa rentrée dans les écoles. Cette application numérique, accessible depuis un ordinateur, propose des réponses pédagogiques aux besoins éducatifs particuliers des élèves avant la mise en œuvre d'un programme personnalisé

EN 2021,

400 000
ÉLÈVES

EN SITUATION DE
HANDICAP ÉTAIENT
SCOLARISÉS, SOIT
20 % DE PLUS
QU'EN 2017

DES AMBASSADEURS DE L'ACCESSIBILITÉ

L'opération « Ambassadeurs de l'accessibilité » a été lancée en mai 2021. Elle s'adresse à des jeunes en service civique recrutés en binôme par des collectivités pour une mission d'une durée de 6 à 8 mois. Ils interviennent dans les gares, les commerces, les bibliothèques ou encore les centres médicaux pour renforcer l'accès aux services du quotidien des personnes en situation de handicap. Leur entrée en action a été retardée par la crise sanitaire mais 1 000 jeunes volontaires en service civique devraient être déployés avant la fin de l'année.



ont pour mission de faciliter le dépistage des troubles du neurodéveloppement et d'aider les familles à avoir accès à des soins et des séances de rééducation le plus tôt possible. Ainsi, 20 000 enfants ont déjà été adressés à une PCO par un professionnel de santé et l'objectif est de donner cette chance à 30 000 enfants par an. Actuellement, il existe 76 PCO dans notre pays mais d'ici à la fin de l'année, 28 nouvelles PCO devraient être déployées pour les 0-6 ans.

L'habitat inclusif, en développement

Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap est un véritable enjeu. L'État a mis en place en 2021 une aide à la vie partagée (AVP), dans des départements pilotes, pour développer l'offre d'habitat inclusif. Ouverte sous condition de ressources à toute personne en situation de handicap, choisissant de résider dans un habitat inclusif, cette aide est financée



à 80 % par l'État et à 20 % par les départements et peut aller jusqu'à 10 000 euros par an et par personne. Depuis 2022, 60 départements sont impliqués dans le dispositif et 10 000 personnes devraient vivre au sein d'habitats partagés à la fin de l'année! ■

MICHAËL JÉRÉMIA SZ : LA RAGE DE VIVRE

C'est le 7 février 2000 que la vie de Michaël Jérémiasz a basculé lors de vacances à la montagne avec ses parents. À 18 ans, il est victime d'un accident de ski responsable d'une fracture de la colonne vertébrale et d'une paraplégie. Pratiquant le tennis depuis l'âge de 6 ans, il découvre le tennis fauteuil pendant sa rééducation et est sacré champion de France un an et demi plus tard, puis numéro 1 mondial, en simple et en double. « Je n'ai jamais vu le fauteuil comme un ennemi, comme quelque chose de limitant, au contraire. Quand il a fallu que j'apprenne la mobilité pour le tennis fauteuil, j'ai commencé à voir cela comme un vrai challenge », avait confié le porte-drapeau de la délégation française aux Jeux olympiques paralympiques de Rio à All About Sport. En 2011, il cofonde avec son frère Jonathan et sa femme l'association Comme les Autres qui propose un accompagnement social dynamisé par le sport et les sensations fortes aux personnes devenues handicapées à la suite d'un accident. Michaël Jérémiasz a aussi créé Handiamo, une entreprise qui accompagne les handisportifs dans leur carrière et organise des événements de sensibilisation autour du handicap. <https://www.commelesautres.org>



© Comme les autres

Trois questions à

PATRICE TRIPOTEAU, DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT D'APF FRANCE HANDICAP

Quel est le regard de l'association concernant les mesures prises ces cinq dernières années ?



© Jérôme Deya

Il y a eu des dynamiques autour de l'emploi et une amélioration de la scolarisation des enfants

en situation de handicap. Autre avancée, la création de la branche autonomie et le droit de vote des personnes placées sous tutelle. Dans le bilan du dernier quinquennat, nous pointons deux points noirs : la diminution de l'APL de 5 euros et la loi Élan qui instaure un seuil de 30 % de logements neufs accessibles aux handicapés.

Quelles sont les attentes de l'association et ses principales revendications ?

Le premier point est le pouvoir d'achat et la revalorisation des minima sociaux. Il faut venir en aide aux bénéficiaires de l'AAH mais aussi des pensions d'invalidité. La prime de Noël exclut les bénéficiaires de l'AAH, ce que nous regrettons. Nous réclamons aussi des avancées au niveau de l'accessibilité et nous souhaitons que la notion de handicap soit inscrite dans la constitution dans le cadre de la lutte contre les discriminations. Il faudrait revoir cette notion qui ne prend pas suffisamment en compte les notions environnementales.

Enfin, nous militons pour une prestation universelle à l'autonomie des personnes âgées et handicapées sans distinction en fonction de l'âge.

Le regard de la société sur le handicap a-t-il changé ces dernières années ?

Oui, mais on entend certaines personnes dire que ce n'est pas évident d'accueillir des personnes en situation de handicap à l'école ou que l'accessibilité coûte cher. Le point noir concerne les aides à domicile et les recrutements dans certains établissements. Certains services se dégradent et des personnes à domicile n'arrivent pas à trouver d'aide humaine. Il y a donc un véritable enjeu de valorisation de ces métiers du médico-social et de l'intervention à domicile.

Des produits écologiques pour l'hygiène de bébé

Des dizaines de produits de toilette et de soin sont proposés aux parents. Or, la plupart sont inutiles, voire dangereux pour la santé des bébés. Conseils du Dr Andreas Werner, pédiatre allergologue à Villeneuve-lès-Avignon.

Sur 341 cosmétiques pour bébés vendus sur le marché français, 299 contenaient des ingrédients ou familles d'ingrédients classés à « risque élevé » en 2016* : un allergène par contact (la méthylisothiazolinone) dans 19 produits dont 7 lingettes, un conservateur soupçonné d'effets toxiques sur la reproduction (le phénoxyéthanol) dans 54 produits dont 26 lingettes, et des parfums dans 226 produits. Or, la peau des bébés est encore plus fragile que celle des adultes face aux ingrédients chimiques, surtout les irritants et les perturbateurs endocriniens. La zone du siège, milieu humide occlusif et chaud, est particulièrement sensible car elle favorise l'absorption des substances par voie cutanée. « On a de fortes suspicions de risques liés aux perturbateurs endocriniens, notamment la diminution de la qualité de l'éjaculat masculin ou des cancers chez les filles », alerte le Dr Andreas Werner, président de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)**. En outre, le contact quotidien et prolongé avec certains cosmétiques peut favoriser le développement d'un terrain allergique ou eczémateux, assécher la peau ou l'irriter. Le talc est déconseillé comme tous les soins en poudre « car l'enfant risque de l'inhaler et cela passe dans les poumons », indique le pédiatre.

Une trousse de toilette saine

« La quasi-totalité des cosmétiques pour bébé sont à éviter. Moins on met de choses sur la peau des petits et mieux c'est », prévient le Dr Werner. Y compris le liniment oléo-calcaire, très à la mode pour nettoyer les fesses des bébés. « L'huile ne nettoie pas correctement. Le mieux est d'utiliser de l'eau et un savon doux qui n'agresse pas la peau », explique le pédiatre. Un savon surgras sans huile essentielle et sans parfum convient pour le bain et le shampoing mais aussi pour le change en utilisant une lingette lavable mouillée.



Nul besoin d'appliquer une crème de change ensuite. « Les fesses rouges de bébé sont dues à un changement de couche pas assez fréquent ou pas réalisé au bon moment », informe le pédiatre qui conseille de les changer vers la fin de la tétée ou du biberon. L'enfant va s'endormir ainsi dans une couche propre.

Si vraiment, vous voulez acheter un soin pour bébé, privilégiez les produits contenant le moins d'ingrédients en évitant les parabènes, les phtalates, l'alcool, les phénoxyéthanol. Les soins affichant un label bio reconnu (comme Ecocert) ou une mention Slow cosmétique n'en contiennent pas. « Les produits pour les peaux atopiques, sans ingrédients chimiques et surgras, conviennent pour les bébés », informe le Dr Andreas Werner. Vous pouvez ainsi utiliser un soin hydratant pour peau atopique si votre enfant a la peau du visage ou du corps sèche.

*Enquête de Women in Europe for a Common Future (WECF), réseau international de 150 organisations environnementales et féminines : « Cosmétiques bébés : encore trop de substances préoccupantes ». Communiqué du 15 février 2016.
**Expert du site Mpedia.fr

Anne-Sophie Glover-Bondeau

QUELLES COUCHES CHOISIR ?

Les couches lavables sont une bonne solution pour ne pas exposer votre enfant aux produits chimiques. « Cependant, il reste discutable qu'elles soient si écologiques car elles nécessitent beaucoup de machines, donc d'utilisation d'eau et d'électricité », remarque le Dr Werner. Le bon choix dans les couches jetables ? « Privilégiez les couches bio sans phtalates », recommande le pédiatre. L'Écolabel Nordic Swan et l'Écolabel européen garantissent un recours restreint aux substances dangereuses et un impact environnemental limité sur l'ensemble du cycle de vie du produit.

Madeleine Brès, première femme médecin en France

➤ Madeleine Brès est la première femme française à suivre des études de médecine et à devenir docteur en 1875. Elle a surmonté de nombreux obstacles pour pouvoir exercer et a ouvert la voie à d'autres femmes dans un milieu qui leur était jusqu'alors fermé.

Rien ne prédisposait Madeleine Brès à devenir la première Française médecin et pourtant... Elle naît le 26 novembre 1842, sous le nom de Madeleine Gebelin, dans un milieu modeste à Bouillargues dans le Gard. Son père est charron ; il fabrique et répare des véhicules à roues. Il travaille notamment pour les sœurs de l'hôpital de Nîmes. C'est en observant les soins qui y sont prodigués que sa vocation de médecin va naître vers l'âge de 8 ans. « Je considérais avec attention les religieuses confectionnant les tisanes

et préparant les potions », expliquera-t-elle dans un article de la revue *La Chronique médicale* en 1895. « Pour tout dire, j'avais un tel goût pour tout ce qui touchait à la médecine qu'un ami de ma famille, le docteur Pleindroux, me voyant si zélée, si secourable, me disait souvent : "Quelle infirmière tu ferais, mon enfant !" et il ajoutait plus tard : "Quel dommage que tu ne puisses pas te faire médecin !" »

Quelques années plus tard, sa famille déménage à Paris, puis à 15 ans, elle se marie avec un conducteur d'omnibus, Adrien-Stéphane Brès, avec qui elle aura trois enfants. À 21 ans, alors que son foyer fait face à des difficultés financières notamment et qu'elle cherche à s'assurer un avenir professionnel, elle décide de suivre des études de médecine pour enfin avoir la possibilité de vivre de sa passion. Elle se présente alors au doyen de la Faculté de médecine de Paris, Charles Adolphe Wurtz, favorable à l'instruction des femmes, qui lui conseille avant toute chose d'obtenir son baccalauréat.

Une volonté de fer

Malgré les difficultés, à une époque où les lycées de jeunes filles n'ont pas encore été créés et où elle doit avoir

l'autorisation de son mari, elle parvient tout de même à devenir bachelière en lettres et en sciences en 1868. Une fois cette première étape franchie, elle postule de nouveau à la Faculté de médecine. Pour être sûre d'être acceptée, elle adresse une pétition au ministre de l'Instruction publique, Victor Duruy. Celui-ci, ne voulant décider seul, sollicite à son tour un conseil des ministres présidé par l'impératrice Eugénie. C'est cette dernière qui appuiera, entre autres, sa candidature. « J'espère que ces jeunes femmes trouveront des imitatrices, maintenant que la voie est ouverte », aurait-elle déclaré. Madeleine peut enfin s'inscrire. Elle étudie aux côtés de trois autres femmes : l'Américaine Mary Putnam, la Russe Catherine Gontcharoff et la Britannique Elizabeth Garrett.

La première Française à passer son doctorat

Madeleine Brès devient ainsi élève stagiaire et rejoint le service du professeur Paul Broca – spécialiste de l'anatomie du cerveau – à l'hôpital de la Pitié. La guerre de 1870 éclate et elle doit remplacer les internes des hôpitaux de Paris envoyés sur le front pour soigner les soldats.



© Archives nationales (France)

Attestation d'Adrien Brès autorisant son épouse Madeleine Brès à s'inscrire à la faculté de médecine de Paris (1868)



© DR

Malgré les éloges des professeurs Broca et Wurtz, l'assistance publique des hôpitaux refuse de la nommer officiellement interne. Les années passent et elle soutient enfin sa thèse, intitulée *De la mamelle à l'allaitement*, le 3 juin 1875 et devient la première femme médecin du pays. Elle n'est pas la première à passer son doctorat de médecine en France puisque la Britannique Elizabeth Garrett l'a précédée cinq ans auparavant, mais elle n'en demeure pas moins la première Française à l'obtenir. Même si elle reçoit les félicitations du jury, elle n'obtient toujours pas le droit de se présenter aux concours d'internat et d'externat,



Procès-verbal de soutenance de thèse de Madeleine Brès (1875)

© Archives nationales (France)

ce qui, selon ses détracteurs, pourrait créer un précédent et encourager d'autres femmes à suivre sa voie. L'accès des étudiantes

au concours d'externat ne sera en effet effectif qu'en 1882 (Blanche Edwards-Pilliet sera la première française externe des hôpitaux) et à celui de l'internat qu'en 1886 (Marthe Francillon-Lobre sera la première interne titulaire).

Spécialiste de la puériculture

Ses pairs estiment, qu'en tant que femme, elle est plus à même de soigner les mères et les enfants. Mais elle-même n'était pas contre cette idée, bien au contraire, puisqu'elle écrira : « *Je persiste à croire, pour mon compte, qu'elles [les femmes médecins, NDLR] doivent s'en tenir à la spécialité des maladies des femmes et des enfants* ». Elle va ainsi se consacrer à la pédiatrie en ouvrant un cabinet privé à Paris. Elle s'intéresse particulièrement aux questions liées à l'hygiène et rédige plusieurs ouvrages dont *L'Allaitement artificiel et le biberon*, publié en 1877. En 1883, elle dirige même le journal *Hygiène de la femme et de l'enfant*. En 1885, elle fonde une crèche, dans le quartier des Batignolles à Paris, où sont soignés et gardés gratuitement les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. En 1891, le ministre de l'Intérieur lui confie la mission d'aller étudier, en Suisse, l'organisation et le fonctionnement des crèches.

LES GRANDES DATES DE LA VIE DE MADELEINE BRÈS

- **1842**
➤ Naissance à Bouillargues (Gard).
- **1868**
➤ Obtention des baccalauréats de lettres et de sciences.
- **1875**
➤ Obtention de son doctorat de médecine.
- **1877**
➤ Publication de son ouvrage *L'Allaitement artificiel et le biberon*.
- **1885**
➤ Fondation d'une crèche dans le quartier des Batignolles à Paris.
- **1921**
➤ Décès à Montrouge (Hauts-de-Seine).

Elle sera par la suite chargée de donner des cours sur l'hygiène dans les différentes mairies de Paris. Reconnue pour son œuvre dans le domaine de la puériculture, elle termine pourtant sa vie dans la misère et presque aveugle. Elle s'éteint le 30 novembre 1921 à Montrouge, dans les Hauts-de-Seine, à l'âge de 79 ans.

Benoît Saint-Sever

📖 Sources : Natalie Pigeard-Micault, *Mort de Madeleine Brès*, site France mémoire (Institut de France) ; Carole Christen-Lécuyer, « Les premières étudiantes de l'Université de Paris », dans *Travail, genre et société* n° 4, 2000/2, pp. 35-50, site Cairn.info ; *La Chronique médicale : revue bimensuelle de médecine scientifique, littéraire & anecdotique*, n° 2, 1895, bibliothèques d'université Paris Cité ; Françoise Deherly, *Madeleine Brès, première femme médecin*, le blog Gallica.

Enregistrer des livres pour les non-voyants et les malvoyants



Les bénévoles de l'association ECA lisent à haute voix et enregistrent à la demande des ouvrages sélectionnés par ses adhérents aveugles et malvoyants.

Unique en son genre, Enregistrements à la carte pour les aveugles (ECA), qui est une délégation de l'association Les auxiliaires des aveugles (*lire encadré ci-dessous*), propose un service personnalisé aux personnes non-voyantes ou malvoyantes. « Nos adhérents nous adressent les ouvrages qu'ils souhaitent que nos bénévoles lisent à haute voix et enregistrent », explique Agnès Blanc, secrétaire générale des ECA. Ouvrages littéraires, scolaires, universitaires, scientifiques, revues, livres de recettes, romans... tous les types de textes sont acceptés « même ceux en langue étrangère », ajoute-t-elle.

Frais d'envoi gratuit

Pour bénéficier de ce service, il faut s'acquitter d'une cotisation de 40 euros par an. « Les personnes aveugles peuvent bien sûr adhérer à l'association mais également les personnes malvoyantes, qui souffrent de dégénérescence maculaire

liée à l'âge (DMLA), d'un glaucome ou de problèmes ophtalmiques », insiste Agnès Blanc. Les adhérents peuvent ensuite déposer ou envoyer gratuitement l'ouvrage de leur choix au siège de l'association, situé à Paris (15^e). « Les échanges sont facilités grâce à l'utilisation de vignettes cécogramme – une franchise postale réservée aux aveugles et aux malvoyants – apposées sur les enveloppes », précise-t-elle.

Des lecteurs bénévoles passionnés

Une fois l'ouvrage réceptionné, les ECA le confient à un de leurs bénévoles. « Nous sommes 108 lecteurs, indique la secrétaire générale. Chacun d'entre nous est formé, en présentiel au siège de l'association, ou à distance, aux techniques de lecture et d'enregistrement afin d'obtenir un résultat satisfaisant pour l'auditeur. » Nul besoin de gros matériels : un ordinateur et un logiciel gratuit suffisent ainsi qu'un peu de temps. « Enregistrer un livre à voix haute demande de la concentration, du calme et de la régularité », confirme

Agnès Blanc. En moyenne, il faut donc compter un délai de 5 à 6 semaines entre le moment où le bénévole reçoit l'ouvrage et celui où il le renvoie à l'auditeur – en franchise postale toujours – accompagné de sa version au format CD MP3. Le service a un coût modique : il est facturé 3 euros à l'adhérent.

Faciliter l'accès à la culture

Créés en 1985, les ECA disposent d'un catalogue d'ouvrages enregistrés bien fourni dont 5 800 titres disponibles sur leur site internet. Fidèle à son but de faciliter l'accès à la culture des non-voyants et des malvoyants, l'association édite tous les deux mois sa liste de « Coups de cœur » afin de susciter, auprès de ses 263 auditeurs de France métropolitaine et d'Outre-mer, l'envie de découverte. « Les bénévoles découvrent également de nouveaux domaines et de nouveaux auteurs grâce aux ouvrages que les adhérents demandent d'enregistrer, constate Agnès Blanc. Ce sont des lectures que, parfois, ils n'auraient pas sélectionnées d'eux-mêmes. »

Léa Vandeputte

Les auxiliaires des aveugles

Cette association met en contact des personnes aveugles ou malvoyantes avec des bénévoles. Ces derniers peuvent les aider à effectuer des démarches administratives, les guider dans leurs déplacements (courses, promenades...), ou encore les accompagner lors d'activités culturelles ou sportives. Les bénévoles peuvent également se rendre au domicile pour faire la lecture ou trier le courrier par exemple.

Plus d'informations sur le site Lesauxiliairesdesaveugles.asso.fr.

📖 Pour en savoir plus :
Eca-aveugles.fr.
Tél. 01 88 32 31 47
ou 01 88 32 31 48.
E-mail : ass.eca@wanadoo.fr



© Leah Stavenhagen

TEMOIGNAGE

LEAH STAVENHAGEN,

franco-américaine de 29 ans atteinte de la maladie de Charcot, première malade au monde à avoir bénéficié d'un traitement expérimental qui semblerait avoir ralenti la progression de sa maladie.

Il y a 3 ans, votre vie bascule lorsque vous apprenez que vous avez une maladie de Charcot...

➤ Tout a commencé en 2019 par des crampes et des faiblesses dans les jambes. Je ne m'en suis pas inquiétée. Six mois plus tard, je suis tombée trois fois dans la rue en une semaine et j'ai attribué ces chutes à un état de stress et de fatigue. C'est seulement lorsque j'ai constaté que je marchais plus lentement que j'ai consulté un médecin qui m'a renvoyée vers un neurologue. Il a fallu 9 mois pour un diagnostic définitif de la maladie de Charcot, très difficile à accepter. Je me suis demandé si c'était de ma faute : avais-je utilisé des produits nocifs ? Mal mangé ? Je n'ai pas de forme génétique alors il n'y a que des hypothèses sur la cause.

Vous avez pu bénéficier d'un essai thérapeutique. Que vous a apporté ce traitement ?

➤ Quand j'ai su que j'étais malade, j'ai demandé un deuxième avis aux États-Unis, à Columbia. Le Dr Shneider qui me suit là-bas, m'a immédiatement parlé d'un traitement expérimental avec des cellules souches T-régulatrices.

L'essai clinique a été retardé avec l'épidémie de Covid mais j'ai reçu ce traitement à titre compassionnel pendant 18 mois, de juin 2020 à décembre 2021. J'ai senti le ralentissement de mes symptômes avec une progression très rapide au début puis plus lente. Depuis septembre, l'essai clinique a enfin commencé. Cela va permettre de savoir si le ralentissement de la maladie est bien lié au traitement et si celui-ci peut alors être ouvert à plus de patients.

Votre livre est un témoignage d'espoir pour tous les malades (Leah Stavenhagen est paralysée des quatre membres)...

➤ Je me sens très chanceuse d'avoir accès à un traitement même si je suis réaliste et que je sais que les chances ne sont pas de mon côté. J'espère transmettre cet espoir à d'autres malades et que d'autres patients auront accès à ces traitements expérimentaux car on peut avoir une vie plus longue que ce que les médecins annoncent. Et oui, une chaise roulante n'empêche pas de vivre. Je participe à la vie, je vais au restaurant... Je me suis même mariée en 2020 !

Pourquoi avez-vous créé une association* ?

➤ Tout d'abord pour soutenir la recherche et faire parler de la maladie. Plus nous arrivons à sensibiliser et plus nous pouvons avoir de l'argent pour trouver des traitements. Et aussi pour rassembler des jeunes femmes qui ont la maladie de Charcot. Quand j'ai cherché après mon rendez-vous chez le neurologue des témoignages sur internet, je n'ai vu que des hommes et des personnes plus âgées et des conseils de neurologue pas adaptés aux jeunes femmes. Nous n'avons pas du tout les mêmes interrogations selon l'âge. Ce qui me préoccupe moi, comme les autres jeunes femmes qui ont la maladie, c'est si je pourrai avoir une famille. Nous sommes aujourd'hui un peu plus de 40 dans l'association et je me sens moins seule.

*Her ALS story

Propos recueillis
par Anne-Sophie Glover-Bondeau



📖 *J'aimerais danser encore – Ma vie avec la maladie de Charcot*, Leah Stavenhagen et Sarah Gaudron, Éditions de l'Archipel, mai 2022.

La maladie de Charcot

La sclérose latérale amyotrophique (SLA), plus connue sous le nom de maladie de Charcot, est une maladie neurodégénérative incurable. En moyenne, une personne malade ne survivra pas au-delà de 3 à 5 ans. Chaque jour en France, 5 personnes reçoivent un diagnostic de SLA et 4 personnes en meurent. Tout le monde peut être victime de la maladie de Charcot, sans aucune prédisposition.



LES LUNETTES QUI NE SONT PAS JUSTE BELLES.



JUSQU'À ⁽³⁾
60€
OFFERTS
SUR VOTRE PROCHAIN
ÉQUIPEMENT



Des matériaux **recyclables** ou **biodégradables** ⁽¹⁾.
Des modèles labellisés **Origine France Garantie** ⁽²⁾.

ÉCOUTER VOIR
OPTIQUE & AUDITION MUTUALISTES

(1) Ne l'abandonnez pas dans la nature. (2) Engagements sur ecoutervoir.fr/nous-decouvrir/les-engagements-ecouter-voir. (3) Réduction de 40 € TTC à valoir sur une monture JUSTE à partir de 99 € TTC équipée de 2 verres unifocaux avec traitement antireflets (hors 100 % Santé). Réduction de 60 € TTC à valoir sur une monture JUSTE à partir de 99 € TTC équipée de 2 verres progressifs avec traitement antireflets (hors 100 % Santé). Offres non cumulables avec l'avantage conventionnement ou autres forfaits et promotions en cours. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Demandez conseil à votre opticien. Offres valables jusqu'au 31/12/2022 dans les magasins ÉCOUTER VOIR participants. VISAUDIO SAS - RCS Paris 492 361 597 au capital social variable. Septembre 2022.

Retrouvez plus d'informations et les coordonnées de nos magasins sur ecoutervoir.fr

GESTION DES RETOURS — MIP — 178 RUE MONTMARTRE — 75002 PARIS

PARIS CPCE

P7

LA POSTE
DISPENSE DE TIMBRAGE