

U **MUTUELLE** U M A G A Z I N E

Les nouveaux Grands-Parents



**Déjà vu, déjà vécu :
un phénomène courant
mais surprenant**

Page 24

**Pourquoi et comment
devenir épargnant
solidaire**

Page 26

**Les nouvelles missions
du Pharmacien**

Page 20

**Le tourisme social et solidaire :
une autre façon de voyager**

Page 25

**Maisons de santé : la réponse
aux déserts médicaux**

Page 18

N°98

Juin 2018



WWW.CDC-MUTUELLE.ORG



vacanciel

partenaire vacances de



jusqu'à
-25%*

sur toutes
les destinations
vacanciel

-5%* sur les promos

0 805 12 45 45

Service & appel
gratuits

vacanciel.com

avec votre code partenaire : MPCDC

CDC MUTUELLE INFOS

Page 4 Assemblée Générale 2018

Page 5 Nouvelle convention avec la Fondation de l'Avenir

DOSSIER

Page 6 Les nouveaux Grands-Parents

Page 8 Au secours ! nos enfants divorcent !

Page 9 Devenez Babalia

Page 10 Interview : Sophie de la Boutresse

Page 11 Papis et Mamies : Les chiffres

SYSTÈME DE SOINS

Page 12 La prise de RDV médicaux en ligne : vers une généralisation ?

Page 14 Cardiopathies congénitales : sauvez la vie des enfants

Page 18 Maisons de santé : la réponse aux déserts médicaux ?

Page 20 Les nouvelles missions du Pharmacien

Page 22 Télémédecine : vers un remboursement des consultations

VIE PRATIQUE

Page 24 Déjà-vu, déjà vécu : un phénomène courant mais surprenant

Page 25 Le tourisme social et solidaire une autre façon de voyager

Page 26 Comment et pourquoi devenir épargnant solidaire

PRÉVENTION

Page 16 Lombalgies : l'intérêt de rester en mouvement

Page 17 AVC : réagir vite



Chères adhérentes,
chers adhérents,

Le conseil d'administration vient de compléter et de revoir sa composition en attendant le renouvellement d'un tiers de son effectif lors de l'AG 2018.

En effet, suite à plusieurs départs, le conseil a appelé, en application de l'article 35 de ses statuts, trois nouveaux administrateurs. Ces désignations feront l'objet d'une ratification par l'assemblée générale de cette année. A l'issue de la consultation de l'ensemble des adhérents six administrateurs seront élus ou réélus et le résultat sera connu au plus tard le 4 juillet prochain.

Ces différents ajustements ont été accompagnés de plusieurs modifications de fonctions au sein du bureau pour achever le mandat de deux ans ouvert en 2016. C'est ainsi que les postes de secrétaire, de secrétaire adjoint, de trésorier et de Président viennent de changer de titulaires. Le Conseil d'Administration a chargé le bureau et le Président de préparer les élections et la prochaine assemblée générale.

Cette assemblée générale est importante pour notre mutuelle car elle permet à l'ensemble de ses membres d'exprimer leur avis et de décider démocratiquement de leurs choix sur les propositions qui lui sont transmises

par le Conseil d'administration : résultats financiers et ratification des mesures prises pendant l'exercice écoulé. Emparez-vous de ce moment. Il est le vôtre !

L'équipe fonctionnelle, celle qui est en contact avec les adhérents, enregistre aussi des départs et des arrivées pour s'adapter aux besoins des adhérents. Après l'été, la nouvelle organisation devrait être opérationnelle et vous en serez bien sûr informé.

Vous le voyez, votre mutuelle s'adapte à son temps et questionne ses membres notamment sur la modernisation de l'activité prévoyance pour leur apporter des services conformes à ses attentes. Nous recherchons avec vous, de l'efficacité et de la justice, pour que CDC Mutuelle, fière de ses valeurs vous apporte une réelle utilité sociale.

L'ensemble du Conseil d'administration vous souhaite un bel été.

A très bientôt.
Patrick Crouch-Musset
Président CDC Mutuelle



CDC MUTUELLE
UMAGAZINE

> Assemblée générale de CDC Mutuelle DU 28 Juin 2018

Chaque année, les adhérents mutualistes sont invités à se réunir en Assemblée générale pour se prononcer sur l'activité de l'année écoulée et les orientations de celle à venir.

Les dispositions du Code de la mutualité prévoient que 50% de suffrages doivent être exprimés pour que l'Assemblée générale puisse délibérer valablement. Depuis plusieurs années, ce quorum n'est pas atteint au premier tour et une seconde Assemblée générale doit être organisée.

Cette année, trois modalités de vote vous seront offertes : le vote sur bulletin papier qui vous est transmis au domicile, le vote électronique dont les modalités et les codes d'accès seront indiqués sur les instruments de vote et, comme tous les ans, le vote à l'urne le jour de l'Assemblée générale.

> Afin de minimiser les dépenses,

il vous est demandé de transmettre vos votes papier sans tarder. Si le quorum de 50% n'est pas atteint, votre vote restera valable pour la seconde Assemblée générale qui se tiendra alors le 04 Juillet 2018. Vous êtes vivement invités à voter avant l'une ou l'autre de ces Assemblées générales afin de participer à la prise des décisions concernant la vie de votre mutuelle. C'est en effet une caractéristique forte de la Mutualité que ses adhérents soient les acteurs des décisions qui les concernent et non des actionnaires extérieurs.



> Assemblées Générales : DATES ET LIEUX DANS LE DÉTAIL

Le 28 Juin 2018 :

• De 9h30 à 12h00 :

vote à l'urne possible dans le hall d'accès au restaurant d'entreprise, 12 avenue Pierre-Mendès France, 75013 Paris (niveau E1).

• A 12h00 :

annonce des résultats par le Président en salle Merlebach, immeuble Austerlitz 2, bâtiment sud (2eme étage), 12 avenue Pierre-Mendès France, 75013 Paris. Si le quorum n'est pas atteint, annonce d'une seconde Assemblée générale pour le 04 juillet 2018.

Le 04 JUILLET 2018 :

• De 8h30 à 10h00 :

vote à l'urne possible dans le hall d'accès au restaurant d'entreprise, 12 avenue Pierre Mendès-France, 75013 Paris (niveau E1),

• A 12h00 :

Assemblée générale statutaire, immeuble Austerlitz 2, auditorium Bloch-Lainé, 2 avenue Pierre Mendès-France, 75013 Paris,

• A l'occasion de cette Assemblée, nos partenaires la Banque Française Mutualiste, AMF Assurances tiendront un stand, ainsi que la Fondation de l'Avenir dont l'organisation et les activités nous seront présentées à la fin de la rencontre.



Focus sur La nouvelle convention avec La Fondation de L'Avenir

La convention de partenariat signée en 2015 avec la Fondation prévoyait notamment le

versement d'un don de 25 000€ sur chacune de ses filiales pendant trois années afin de financer un projet scientifique de recherche médicale dans le domaine de l'évaluation motrice de l'enfant handicapé par les objets connectés. Un rapport intermédiaire établi par le Professeur Boespflug-Tanguy et remis à CDC Mutuelle rend compte du travail de recherche déjà accompli. Ce projet scientifique a été présenté à la fin de l'année dernière à Bordeaux et CDC Mutuelle a constaté qu'en effet, les travaux menés permettront aux équipes médicales de suivre plus efficacement les enfants concernés.

L'objectif 2018 était donc de dynamiser le partenariat avec la Fondation de l'Avenir et de préparer le renouvellement de la convention sur la période triennale 2018-2020.

Le bureau qui s'est ainsi réuni le 3 janvier 2018 a donné un avis favorable à la présentation au CA du 16 janvier 2018 de la décision de poursuivre le partenariat, de maintenir le principe d'un don versé chaque année pendant les trois ans de la convention et de renforcer les actions de visibilité de ce partenariat, bénéficiant ainsi de la « surface d'image » de la Fondation pour communiquer sur l'action de CDC Mutuelle.

Le CA du 16 janvier 2018 a donc donné mission à notre nouveau Président, Patrick Crouch-Musset, de mener les négociations avec la Fondation de l'Avenir dans l'optique de la signature d'une nouvelle convention. Dans ce cadre, ce dernier a réuni un groupe de pilotage en mars et demandé à la Fondation de lui proposer plusieurs projets à financer qui auront été sélectionnés par le Comité Scientifique de la Fondation. Le CA du 26 avril 2018 a ensuite autorisé la signature de cette nouvelle convention pour la période 2018-2020, qui s'est donc tenue le 16 mai 2018 au cours d'une petite cérémonie.

Il est à noter que cette convention ne reprend pas le « prêt de fichiers » qui permettait à la Fondation de solliciter un don auprès de nos adhérents, mais prévoit un mécénat de compétences. Enfin, si la législation ne change pas, CDC Mutuelle bénéficiera d'un avantage fiscal (60% du don) en contrepartie du don prévu sur les trois années. Cet avantage fiscal sera alloué au financement des actions sociales proposées par la mutuelle.

Pourquoi CDC Mutuelle s'est-elle mobilisée pour la recherche médicale et pourquoi avec la Fondation de l'Avenir ? La réponse est contenue dans l'énoncé des valeurs repris par notre partenaire sur son site :

« Une société qui mise sur l'avenir est une société en bonne santé. C'est pourquoi, depuis trente ans, la Fondation de l'Avenir soutient des projets de chercheurs qui accélèrent le progrès médical et font progresser la médecine de demain. La Fondation apporte un effet de levier essentiel. Elle permet aux chercheurs de faire avancer leurs projets pour trouver une application concrète du soin, au bénéfice du patient. Grâce à la Fondation, des professionnels de santé aboutissent rapidement et de manière concrète sur des nouvelles techniques et pratiques qui demain profiteront à tous. »
...donc à nos adhérents et à leur famille.

Patrick Crouch-Musset



Comment avoir une vie de famille harmonieuse, soutenir enfants et petits-enfants, leur rendre de multiples services... sans se faire « exploiter », tout en préservant sa propre vie ? Comment se comporter quand les enfants divorcent ou partent très loin ? Les nouveaux grands parents témoignent.

Les Nouveaux Grands-Parents

« Depuis ces trente dernières années, la société, et donc le rôle des grands parents dans la famille, a évolué, présente Sophie de la Boutresse, psychologue clinicienne pour l'association « L'École des Grands-Parents Européens » (EGPE). En raison de problèmes d'emploi, certains adultes connaissent des difficultés financières. Les grands-parents les aident. Il y a aussi le phénomène des préretraités, encore jeunes. Les enfants adultes peuvent se dire « profitons-en ». Enfin, l'allongement de la vie est remarquable. C'est la première fois dans l'histoire que quatre générations, voire cinq coexistent. Confrontés à toutes ces évolutions, ces jeunes retraités se retrouvent « coincés » entre deux générations qu'ils accompagnent : celle de leurs parents très âgés et de leurs petits-enfants ». Jamais en effet l'évolution des normes sociétales et sociales, les contraintes économiques et politiques, le contexte religieux et culturel n'ont autant bouleversé le vécu familial en générant des difficultés psychologiques souvent lourdes à porter. L'appellation « grands-parents » a d'ailleurs disparu du Code Civil, au profit du terme « ascendants » ! Pourtant l'intervention des grands-parents, environ 16 millions de personnes, tant au plan économique qu'au temps passé au service de leur famille est considérable.

> Rendre service

Devenir grands-parents constitue une étape importante dans le cours de la vie. Source de joie, voire de fierté, la naissance du premier petit-enfant génère un changement de place au sein de la famille. Mais cette évolution de statut peut aussi être à l'origine de nouveaux soucis qu'il va falloir savoir gérer alors même que l'âge nous affaiblit progressivement.

Grande, solide, à 74 ans, la blonde Sandrine, cadre commerciale dans les télécoms à la retraite a trois enfants et cinq petits-enfants. « J'ai toujours travaillé à temps plein. Quand je demandais à ma mère si elle pouvait me rendre service en me gardant un enfant, elle me répondait qu'elle en avait élevé six et que cela lui suffisait ! se souvient-elle. Alors, j'ai décidé que jamais je ne dirai non à mes enfants. C'est un bonheur et un principe. Par exemple, le mercredi, je vais chercher Estelle (13 ans), ma petite fille chez elle à St-Cloud et je l'attends en me promenant une heure pendant qu'elle fait du cheval au haras de Jardy. Puis, je la raccompagne chez elle. Parfois, pour rendre service, je saute l'une de mes séances d'aquagym. »





Comment ÊTRE DES GRANDS-PARENTS à DISTANCE ?

> RESTER SOUPLE

Mais, pas question de se laisser « exploiter » ! « La grand-mère doit poser des règles, tenir compte de sa propre disponibilité et ne pas « sacrifier » ses propres activités, renchérit Dominique Gouteron, auteure de « Grand-mère depuis peu ? soyez formidable » et mère de trois grands enfants et grand-mère de 7 petits enfants. Diplômée de Sciences-Po Paris et Conseil en Ressources Humaines, Dominique est une pro de l'organisation, y compris à la maison. Afin de prévenir tout malentendu, elle conseille de proposer d'emblée aux enfants de garder leurs petits un jour précis de la semaine. Quitte à leur consacrer plus de temps ensuite et à se reposer sur une nounou pour les périodes d'indisponibilité. Il faut aussi savoir rester souple.

> HÔTELIERS BÉNÉVOLES

« Je conserverai toute ma vie la nostalgie du grand déjeuner de famille que ma grand-mère maternelle, qui avait eu cinq enfants et dix petits-enfants, organisait pour le Nouvel An dans sa maison avec jardin à Montreuil, se souvient Nadège, 64 ans. Sauf ma tante Geneviève, qui vivait à La Guadeloupe, avec tous mes oncles, tantes et cousins nous étions réunis autour de la table pour boire le champagne, rendre hommage au menu... toujours le même... et échanger jacinthes et chocolats. » Ah ! Le bonheur des grandes réunions de famille ! Mais que de travail pour la grand-mère !

« Il faut faire la différence entre le plaisir et la contrainte, insiste Sophie de la Boutresse Trop souvent, les grands-parents sont un peu considérés comme des hôteliers bénévoles. Je leur suggère de déléguer certaines tâches aux jeunes : les courses, la vaisselle... Lors des fêtes, il faut savoir lâcher prise, déléguer, abandonner un peu de sa toute-puissance. Car vouloir tout faire, c'est aussi une question de pouvoir. » Pour les vacances, par exemple, la bonne idée serait de dire que, de temps en temps, on loue un gîte quelque part. Ainsi, toute la famille se retrouve dans un lieu « neutre ». Cela peut éviter les conflits anciens risquant de ressurgir quand les enfants adultes se retrouvent chez leurs parents.

Enfin, selon l'étude allemande Berlin Aging Study portant sur la vie de 500 personnes âgées, s'occuper de ses petits-enfants mobilise facultés cognitives et endurance physique et serait favorable à la longévité. De quoi décomplexer les parents qui usent et abusent, parfois, du SOS grands parents !

Réunir la famille, c'est un rêve difficile à réaliser lorsque les petits-enfants vivent avec leurs parents dans un pays lointain.

C'est l'expérience vécue par Marie-Claire et Patrick qui habitent Chaville, une jolie banlieue proche de la capitale. Lorsque leur fille, Sophie, qui travaillait pour un club de vacances a eu un double coup de foudre pour Bruno, un Martiniquais, et son île... elle a décidé de s'installer définitivement là-bas où le couple a eu deux enfants, Thomas et Lola, actuellement âgés de 17 et 10 ans.



Le billet d'avion est coûteux. Aussi, les voyages permettant de se retrouver sont rares : tous les 3 ou 4 ans.

« Dans l'intervalle, explique Patrick, nous communiquons sur Hangouts, un site de vidéoconférence moins connu que Skype, tous les dimanches à partir de 16 ou 17h selon la saison. Cela nous permet de nous voir sur l'écran de l'ordinateur. Lola nous raconte ce qu'elle a fait dans la semaine. Elle adore l'école et elle est bonne élève dans toutes les matières. Dès qu'elle rentre à la maison, elle commence par faire ses devoirs, puis elle joue avec ses poupées. »

Pour faire plaisir à la petite famille, Marie-Claire et Patrick envoient souvent des colis : vêtements, livres, jouets, décors de Noël... et régulièrement une aide financière. Mais, évidemment, rien ne remplace la chaleur d'une rencontre et la convivialité d'un bon repas partagé, notamment au moment de Noël.



Au secours ! Nos enfants DIVORCENT !

> CRI DU CŒUR

« On n'arrête pas de nous dire que l'on ne fait pas ses enfants pour soi, commente Sylvie (58 ans), jolie brune aux magnifiques yeux pervenche, mère de trois grandes filles et deux fois grand-mère. Je réponds : « oui, j'ai fait mes bébés pour moi et je suis triste qu'ils soient si loin ! Très « mère poule », je me sens mal si mes poussins ne restent pas autour de moi. » Un véritable cri du cœur !

Un an après le mariage d'Amélie (31 ans), la fille de Sylvie et Bernard, avec Jérôme (36 ans), une petite Eva est née. Infirmière en réanimation, Amélie travaille souvent de nuit. Jérôme est formateur sportif. Le bébé est souvent confié à ses grands-parents maternels dans le vieux village de grande banlieue parisienne où ils vivent. « Puis, c'est la douche froide, se souvient Sylvie. Nos enfants nous annoncent qu'ils partent travailler à Hong Kong pour entraîner une équipe de football ! Après Hong-Kong, c'est Canton et aujourd'hui le Koweït. Certains auraient été heureux pour leurs enfants...moi, je m'effondre ! Et, pour des raisons de santé, pendant longtemps je ne pouvais pas aller les voir car je ne pouvais pas prendre l'avion. »

> Pas un véritable obstacle

« Aujourd'hui, si nous n'allons pas les voir là-bas, reprend Sylvie, nous ne les voyons qu'une fois par an lorsqu'ils rentrent en France l'été pour un mois, en se partageant avec les parents de Jérôme, qui habitent Bordeaux. Il ne nous reste donc que Skype pour converser. C'est magique et immédiat mais c'est très dur de voir « pousser » notre petite-fille, notre « bébé » sur un ordinateur ! Amélie nous fait énormément participer à leur vie par des photos et des vidéos mais cela ne remplace pas les bisous et les câlins ! »

« A mon sens, l'éloignement géographique ne constitue pas en soi un obstacle aux liens de bonne qualité entre grands-parents et petits-enfants, souligne Sophie de La Boutresse. On se voit moins, mais plus intensément. Il est certes douloureux d'être éloignés de ceux que l'on aime, mais c'est bien pire lorsque l'on est proche géographiquement, mais sans relations en raison d'un conflit. »

« Eva, qui a aujourd'hui 5 ans, est dans une école anglaise performante et elle parle et écrit en anglais...C'est toujours cela de gagné pour son avenir ! » se console Sylvie.

Dans notre société, près de 45% des mariages finissent par un divorce. Et encore plus fréquemment dans les grandes villes comme Paris.

Il n'est donc pas étonnant que le problème numéro un des grands-parents soit en train de devenir la rupture du couple de leur enfant et ses répercussions sur leurs petits-enfants

> Que faire ou ne pas faire en cas de rupture du couple des enfants ?

Tristan, le fils de Danielle (69 ans) vivait avec Olivia. Une douce habitude avait remplacé l'amour adolescent des débuts d'un couple qui s'était connu très jeune, trop sans doute. « Au moment de la rupture, cela a été difficile, explique Danielle. Depuis deux ans, le couple n'allait plus très bien. Mais Tristan a bon cœur, il a laissé traîner la situation et...petit Pierre est arrivé ! Mais la joie de cette naissance n'empêchera pas la séparation, inéluctable. Le couple a adopté la garde alternée de leur fils, aujourd'hui âgé de 9 ans : une semaine chez son père et une semaine chez sa mère. Tristan vit à nouveau en couple avec Justine et ils viennent d'avoir une petite Lorie. A 40 ans, Olivia, intermittente du spectacle aux revenus limités, est toujours célibataire.

Depuis la séparation du couple, Danielle n'a jamais pris parti ni pour l'un ni pour l'autre. « Je n'ai pas tendance à défendre mon fils, présente-t-elle. Je ne fais pas de différence. Olivia fait toujours partie de la famille. Je la rassure même en lui disant que personne n'a pris sa place de maman. Que ce sera toujours elle qui devra prendre les décisions importantes concernant Pierre. »

« Mon fils Guillaume, qui vit à Issy-les-Moulineaux, explique Anne-Marie, est divorcé depuis 7 ans. Audran, son fils (13 ans) est en garde partagé. Il va au collège dans le 16ème où habite sa maman. Le lundi, comme il a une valise, mon mari va le chercher à Issy et l'emmène chez sa mère. Mon mari est moi nous ne sommes jamais intervenus dans les affaires du couple. Sans le raconter à mon fils, je parle avec ma belle-fille. Je ne dis jamais de mal d'elle. »

> Conseiller un avocat

« Les grands-parents sont toujours très impactés par la rupture du couple de leur enfant qu'ils ressentent souvent comme une faillite personnelle, commente Sophie de la Boutresse. C'est difficile d'essayer d'éviter une séparation. Le premier conseil que je donnerais, c'est la non-ingérence. Ne pas essayer de donner de conseils aux enfants et se contenter d'être à l'écoute de leur souffrance». Les grands-parents peuvent se contenter, par exemple, de conseiller le nom d'un avocat ou d'un notaire. « Cependant, reprend Mme de la Boutresse, je crois qu'en cas de rupture du couple les grands parents ont un rôle certain à jouer auprès de leurs petits-enfants. En conservant une bonne image des deux parents, ils peuvent montrer aux petits enfants qu'ils ne sont pas obligés de choisir, qu'ils gardent leur mère et leur père à part entière. Avec les petits enfants, on peut se remémorer les bons moments partagés, témoigner que le couple s'est aimé, que les enfants ont été désirés. »

« En cas de divorce de leurs enfants, les grands parents vont souvent être sur-sollicités, explique Dominique Goutéron, auteure de « Grand-mère depuis peu soyez formidable » et le système de la garde partagée des enfants entre les ex-conjoints est de plus en plus fréquent. Il faut d'ailleurs reconnaître que, pour certaines femmes très occupées par leur métier, la garde partagée...c'est le rêve...alors que la plupart des hommes, qui ont souvent moins l'habitude de « jongler » entre les différentes tâches, vont mettre deux fois plus de temps, au début, à s'occuper des enfants. Je me souviens d'un collègue qui se plaignait : « vous ne vous rendez pas compte, j'ai la garde partagée. Je dois faire les courses et le soir faire prendre son bain au petit ! » Dans de tel cas, si elle n'habite pas trop loin, le fils compte beaucoup sur sa mère. »

Face à une telle situation, il convient donc d'être lucide sur sa résistance physique, sa disponibilité et...sa patience dans la durée ! Une personne divorcée veut une vie personnelle, sortir le soir, faire de nouvelles rencontres amoureuses... Et l'on ignore combien de temps cette période particulière va durer

> Et si vous deveniez Babalia

POUR AIDER UNE JEUNE maman DÉBORDÉE ?



L'arrivée d'un premier enfant dans une famille est souvent une immense joie mais toujours un grand bouleversement. Après les quelques jours passés à la maternité, l'euphorie des premiers jours avec son enfant peut céder la place à un certain abattement lors du retour à la maison.

La jeune maman se sent parfois isolée. Sa famille est parfois loin, ses amis travaillent et, souvent, elle ne connaît pas encore bien ses voisins car le jeune couple a déménagé pour accueillir ce premier enfant. Elle risque de se sentir désemparée.

Afin d'accompagner la maman, la rassurer, la conseiller et lui permettre de retrouver, ponctuellement, des moments où elle peut s'occuper d'elle, l'Ecole des Grands-Parents Européens (EGPE) a eu l'idée de créer les Babalias. Une Babalia est une adhérente de l'EGPE, personne d'expérience, elle-même mère, ayant élevé un ou plusieurs enfants, qui souhaite s'investir de façon temporaire dans l'accompagnement d'une jeune maman.

Si ce rôle vous intéresse, vous aurez tout d'abord un entretien avec une psychologue afin de s'informer de vos motivations, votre expérience de maman, votre disponibilité et vos idées. Une courte formation (puériculture, éléments psychologiques sociaux et juridiques, sensibilisation aux cultures étrangères...) vous sera proposée. A l'issue de cette formation, on vous proposera de signer une « Charte » des Babalias définissant le périmètre de votre rôle auprès de la jeune maman et en avant pour votre première mission !



> INTERVIEW DE SOPHIE DE LA BOUTRESSE PSYCHOLOGUE CLINICIENNE À L'ÉCOLE DES GRANDS-PARENTS EUROPÉENS (EGPE) :



« Nous ne devenons grands parents que par le bon vouloir de nos enfants. »

Pourriez-vous nous présenter votre association, l'École Européenne des grands-parents ?

Environ 16 millions, les grands parents représentent un poids considérable dans notre société. Au plan économique : les aides diverses (hébergement, études, équipements, cadeaux...) représentent chaque année environ 15 milliards d'euros de transferts vers les familles. Mais aussi en temps passé. Le temps de garde des enfants équivaut à celui de l'ensemble des assistantes maternelles à l'échelle nationale, soit 22 millions d'heures hebdomadaires, pour ne citer que ces deux exemples. Notre association s'est fixé pour mission de réfléchir à leur statut dans la famille et la société aujourd'hui. En lien avec les générations des parents et des petits-enfants, elle s'efforce de valoriser leur rôle. Elle s'investit dans un important travail de réflexion se traduisant par des prises de parole et des démarches auprès des instances concernées, l'organisation d'événements, la publication d'ouvrages...

Au bout du fil, vous êtes souvent le premier contact d'une grand-mère qui va mal. Quels problèmes reviennent le plus souvent ?

Oui, au standard de l'association, à 80% ce sont des grands-mères ayant des problèmes qui nous appellent. Leurs conjoints se manifestent peu. Elles se plaignent principalement de ne plus voir leurs petits enfants avec lesquels le lien est rompu. Du jour au lendemain, suite à une « fâcherie » pour un motif plus ou moins grave, une parole maladroite et/ou mal interprétée, un conflit ancien mal réglé... leurs enfants leur interdisent de voir leurs petits-enfants. Certains grands parents n'ont plus aucun contact avec leurs enfants et leurs petits-enfants depuis un, deux ou trois ans et ils en souffrent énormément.

Recevoir la visite de ses petits enfants n'est-il pas un droit ?

Les grands parents n'ont aucun droit. Mais, le droit des petits enfants est ainsi rédigé dans le code civil : « Les parents ne doivent pas faire obstacle aux relations de leurs enfants

avec leurs ascendants, sauf à aller à l'encontre de l'intérêt des enfants. » Nous ne devenons grands parents que par le bon vouloir de nos enfants. Ce sont eux qui décident de nous considérer ainsi ou de nous le refuser.

Que conseillez-vous aux grands-mères confrontées à cette douloureuse situation ?

Je leur propose d'écrire à leurs enfants et de tenter ainsi une dernière chance avec une lettre sans reproche ni plainte, mais pleine de tendresse. Une lettre pour exprimer simplement leur amour et leur peine de ne plus les voir, eux, les enfants. Sans sembler être dans la quête des petits enfants, ni même les mentionner. Pour conserver l'espoir d'une réconciliation, il faut se souvenir qu'un sentiment fort qui peut ressembler à de la haine peut aussi très vite basculer sur le versant de l'amour.

En cas de problème grave, est-ce que vous conseillez de saisir le juge aux affaires familiales ?

Il vaut mieux éviter la voie judiciaire qui risque de fortement perturber les parents, de placer les petits enfants dans un conflit de loyauté et, en cristallisant le conflit, d'aboutir à l'effet inverse de celui recherché ! Je conseille plutôt de recourir à la médiation familiale.

En quoi consiste la médiation familiale ? A qui peut-on s'adresser ?

La médiation familiale n'est pas ordonnée par le juge. Elle n'est pas judiciaire. A l'EGPE, nous avons plusieurs médiatrices intervenant à la demande des grands-parents. Elles peuvent les recevoir et écrire à l'autre partie (les enfants) une lettre très diplomatique pour les inviter à se réunir ensemble autour d'une table avec deux médiateurs. C'est un peu la tentative de la dernière chance... A côté de l'écoute au téléphone et des entretiens d'aide psychologique, la médiation fait partie des outils appréciables mis à la disposition des grands-parents désireux de dénouer des tensions familiales. On peut aussi se renseigner au service social de sa commune pour rencontrer une médiatrice.

Propos recueillis par Nadine Allain

> Papis et mamies en CHIFFRES



Les grands-parents en France sont 16 millions, au coeur des solidarités familiales (source INSEE). Ils consacrent :

- **22 millions d'heures de garde** hebdomadaires à leurs petits-enfants, soit plus de 650 000 emplois à temps plein, (source Centre d'Analyse Stratégique).
- **106 milliards d'aides et donations annuelles** à leurs enfants et 1,4 milliard d'aide financière directe à leurs petits-enfants (source sondage Odoxa « Le Parisien-Aujourd'hui en France- 2015), chiffres publiés notamment lors de la Journée européenne des grands parents le 25 novembre 2017.



L'Union européenne compte actuellement environ 103 millions de grands-parents, soit 1/5 de sa population totale. La proportion des plus de 60 ans est en forte augmentation. Les Européens deviennent grands-parents à l'âge moyen d'environ 54 ans.

> Des LIVRES POUR en SAVOIR PLUS :



- **« Grand-mère depuis peu ? soyez formidable »**
de Dominique Goueron
(Edition Les Passagères).

- **« Devenir grands-parents pour les nuls »**
du Dr Gérard Strouk, Dr Guénolée de Blighnières-Strouk
et Marinette Lévy (First Editions).



- **« Grands-Parents, le maillon fort »**
de Béatrice Copper-Royer et Marie Guyot
(Edition Albin Michel)



Benoît
Saint-Sever

La PRISE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAUX en LIGNE :

VERS UNE GÉNÉRALISATION ?

Médecins généralistes et spécialistes sont de plus en plus nombreux à proposer la prise de rendez-vous en ligne. Ce service, géré par des plateformes Internet, est plébiscité par les patients et permet aux professionnels de santé de s'organiser autrement.

Mondocteur.fr et Doctolib.fr comptent parmi les principaux acteurs d'un marché florissant : la prise de rendez-vous médicaux en ligne. Lancées respectivement en 2013 et 2014, ces deux plateformes Internet se targuent de connaître une forte progression de leur activité, qui consiste à permettre au patient de s'inscrire lui-même dans l'agenda d'un médecin généraliste ou spécialiste. Grâce à ce service gratuit, le patient n'a plus besoin d'attendre les heures d'ouverture pour appeler le secrétariat.

> Des patients demandeurs

Cette prestation est plébiscitée. En septembre 2017, Doctolib.fr affirmait ainsi, s'appropriant « à franchir le cap des 10 millions de visites mensuelles sur son site ». En octobre, la plateforme Mondocteur.fr annonçait quant à elle avoir dépassé la barre symbolique des 25 millions de rendez-vous médicaux. A cette occasion, elle revenait sur son Baromètre de la santé numérique 2017, publié en mars, dans lequel on apprend que la majorité des Français (54 %) est informée de l'existence du service de réservation de consultation en ligne et que 31 % l'ont déjà essayé. « Ce sont les personnes âgées de 25 à 34 ans qui connaissent et utilisent le plus ce service ; ils sont suivis de près par les 35-49 ans et les 50-64 ans », précisent les auteurs. L'étude révèle aussi que 69 % des utilisateurs sont des femmes, âgées en moyenne de 41 ans. Les patients ont globalement une bonne image de la prise de rendez-vous en ligne, puisque « 79 % des répondants attribuent la note de 4 sur 5 ou de 5 sur 5 lorsqu'on leur demande de noter le service ».

> Les médecins tardent à franchir le cap

Pour les professionnels de santé, la prestation est payante, mais les plateformes comme Doctolib.fr leur promettent de nombreux avantages : « Gagnez 30 % de temps de secrétariat ; réduisez de 75 % vos rendez-vous non honorés ; renouvelez votre patientèle selon vos besoins ; apportez un service nouveau pour vos patients ». Des arguments qui tardent à convaincre : « Seuls 8 % des 500 000 professionnels de santé sont équipés du service en France », selon le Baromètre du site Mondocteur.fr, alors qu'une

« majorité connaît [la plateforme] de prise de rendez-vous en ligne ». Parmi les 90 spécialités recensées par le site, les plus représentées sont les généralistes, les dentistes, les gynécologues et les ophtalmologistes. Les femmes médecins sont également plus nombreuses que leurs collègues masculins à recourir à ce service. Les généralistes et spécialistes d'entrée de parcours de soins captent 66 % des rendez-vous.

> Les hôpitaux se lancent

Les établissements de santé, quant à eux, sont de plus en plus nombreux à faire appel aux plateformes. D'ailleurs, « 59 % connaissent le service et un quart comptent s'équiper dans les prochains mois », note le Baromètre de la santé numérique. En mai 2017, déjà, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) annonçait que la prise de rendez-vous en ligne avec ses 9 000 médecins, répartis dans ses trente-neuf hôpitaux, serait possible au plus tard au mois de juin 2018. Début novembre, le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy s'est à son tour doté de cette possibilité. D'autres acteurs s'y intéressent, comme la Croix-Rouge française, qui depuis octobre permet aux patients franciliens de ses centres de santé de prendre rendez-vous directement sur Internet.

> Comment ça marche ?

Quelle que soit la plateforme, le fonctionnement du service de prise de rendez-vous en ligne est toujours le même. Depuis la page d'accueil, l'internaute effectue une recherche soit par spécialité et par localisation, soit directement avec le nom du médecin. Le site propose alors les résultats correspondants. En face du nom de chaque professionnel de santé sont indiqués son adresse, son niveau de conventionnement et s'il accepte ou non la carte Vitale. Une fois le praticien sélectionné, le patient a accès au calendrier des consultations. Il doit choisir un motif (première consultation, suivi du nourrisson...) avant de valider le créneau qui lui convient. Il est ensuite invité à préciser son adresse e-mail et son numéro de téléphone. Le rendez-vous lui sera confirmé par messagerie et un SMS de rappel lui sera envoyé vingt-quatre heures avant le jour J.



LA FONDATION DE L'AVENIR

UNE ACTION MUTUALISTE INNOVANTE



+ de
1 100
projets
soutenus



100 équipes
de recherche
accompagnées
chaque année



50 partenaires

10 fondations
abritées



64 000
donateurs



6,5 M€
de fonds
mobilisés
par an

Depuis 2005, la **CDC Mutuelle** et la Fondation de l'Avenir travaillent main dans la main pour **faire avancer le progrès médical**.

La Fondation de l'Avenir est un levier essentiel dans la recherche médicale et le soin. Elle permet aux chercheurs de faire avancer leurs projets et de dépasser le stade de la recherche fondamentale, pour le bénéfice de tous.

Portée par sa vocation d'intérêt général et son appartenance à l'économie sociale, la Fondation incarne le trait d'union entre le mouvement mutualiste et les acteurs de la santé publique.

Depuis 30 ans, la Fondation de l'Avenir soutient la recherche :

CHIRURGIE • CARDIOVASCULAIRE • HANDICAP •
GREFFE • E-SANTÉ CANCÉROLOGIE • PSYCHIATRIE
• THÉRAPIE CELLULAIRE • IMAGERIE MÉDICALE
INNOVATION EN TRAUMATO-DÉPENDANCE •
SANTÉ NUMÉRIQUE INNOVATION DES PRATIQUES
DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT



@FondationAvenir

BON DE SOUTIEN

/ À renvoyer avec votre don à :

Fondation de l'Avenir - 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15



AP101806

Oui, je soutiens la recherche médicale appliquée en
faisant un don de :

- 20€ 25€ 30€ 50€
 80€ 100€ autre montant

Je fais un don par :

chèque bancaire ou postal (ordre « Fondation de l'Avenir »)

CB N° :

Date d'expiration : / (mois / année)

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Date : / /

Signature

DÉDUCTION D'IMPÔT - Vous recevrez dans les deux mois un reçu fiscal qui vous permettra de **déduire de votre impôt 66%** de votre don, dans la limite de 20% de votre revenu imposable. Ainsi, un **don de 25€** ne vous coûte en réalité que **8,50 €**.



> CARDIOPATHIES CONGÉNITALES : SAUVER LA VIE DES ENFANTS

Chaque année, en France, huit enfants sur mille naissent avec une malformation cardiaque. Une incidence élevée pour des pathologies souvent graves. Elles sont heureusement diagnostiquées très tôt et de mieux en mieux prises en charge grâce à des techniques opératoires de pointe.

Les cardiopathies congénitales sont des malformations cardiaques qui surviennent accidentellement au cours de l'embryogenèse, la formation du fœtus. « On ne connaît pas les causes des cardiopathies ; on naît avec, on n'en hérite pas, souligne le professeur Philippe Acar, cardiologue pédiatrique au CHU de Toulouse. S'il existe bien quelques formes familiales, on ne parle pas d'hérédité, mais de récurrence. » En cas de malformation cardiaque dans la famille, la grossesse sera surveillée d'un peu plus près.

> Un DÉPISTAGE PRÉCOCE

Bien qu'il y ait certaines malformations mineures que l'on ne peut pas voir avant la naissance (le canal artériel perméable, par exemple), les deux tiers des cardiopathies sont dépistées en anténatal (in utero), lors de la deuxième échographie, dite morphologique. Celle-ci est pratiquée par l'obstétricien, la sage-femme ou le radiologue à la vingtième semaine de grossesse. Si une anomalie est détectée, la patiente est adressée à un cardiopédiatre. « Il arrive que la malformation ne soit pas dépistée lors de l'échographie morphologique, mais les symptômes apparaissent très tôt, dès la naissance », ajoute le professeur Acar, qui évoque ce que l'on appelait autrefois « la maladie bleue », c'est-à-dire les signes d'une cyanose chez le bébé. « Avant la sortie de la maternité, le pédiatre s'assure qu'il n'y a pas de détresse respiratoire et contrôle les pouls fémoraux, précise le cardiologue. Un souffle cardiaque peut révéler une cardiopathie congénitale,

même si le plus souvent le souffle est bénin (un simple bruit qui va disparaître). »

> Des OPÉRATIONS TRÈS DÉLICATES

« La chirurgie cardiaque à cœur ouvert a connu de telles avancées depuis son apparition, il y a soixante ans, que l'on peut désormais opérer des bébés de plus petit poids, se réjouit Philippe Acar. Neuf enfants sur dix atteignent aujourd'hui l'âge adulte grâce à la chirurgie, ce qui n'était pas le cas auparavant, car on opérait peu. » Certaines interventions se font même à cœur fermé – on appelle cette méthode opératoire le cathétérisme*. L'abord, dit percutané, se fait via les vaisseaux du pli de l'aîne. Le cardiologue introduit soit un « ballon » pour ouvrir une valve ou un vaisseau, soit un « obturateur » pour fermer une communication anormale.



Ces opérations – moins lourdes, car elles ne nécessitent pas d'ouvrir le thorax et de procéder à une circulation extracorporelle – sont particulièrement minutieuses en raison de la petitesse des artères, des veines et du cœur des nouveau-nés. Le service de cardiologie pédiatrique de Philippe Acar utilise l'imagerie en 3D « pour accompagner le geste thérapeutique et guider en direct le chirurgien ». Les médecins superposent sur la radiographie du thorax les images fournies en temps réel par l'échographie. Fusionner ainsi la radio et l'échographie permet au cardiologue interventionnel d'aller plus vite et d'être plus précis lorsqu'il introduit la sonde dont il se sert pour « réparer » la malformation cardiaque. Sur l'écran s'affiche le cœur à taille réelle, en train de battre. Le professeur Acar place aussi beaucoup d'espoir dans l'impression 3D, autre technique innovante, qui « va permettre de modéliser et de procéder à des simulations d'opération ».

> La vie après

Après l'intervention, les enfants peuvent vivre une vie normale. A l'âge adulte, ils devront cependant appliquer certaines mesures de prévention (ne pas fumer, notamment). « Ces enfants, qui sont surprotégés par leurs parents, doivent être éduqués au sport », recommande le professeur. Ils sont suivis

dans les services de cardiologie pédiatrique jusqu'à l'âge de 15 ans. Ensuite, une transition est organisée. « En France, 250 000 adultes sont atteints d'une cardiopathie congénitale », indique le professeur Acar, et ces personnes peuvent connaître des problèmes sociaux ou psychologiques très spécifiques : « Avoir une cicatrice sur le thorax a forcément un effet psychologique », reconnaît-il. Les CHU de Toulouse et de Montpellier ont établi un projet de coopération permettant aux jeunes cardiaques de la région Occitanie de participer à des journées d'éducation thérapeutique, qui réunissent infirmiers, psychologues, parents, patients...

Un dossier de Catherine Chausseray

* Une vidéo, disponible sur Youtube, décrit ces nouvelles techniques opératoires : [Youtube.com/watch?v=6FxnH0xPm2g](https://www.youtube.com/watch?v=6FxnH0xPm2g).



> Un site dédié aux parents

Conçu par une association de parents, **Petitcœurdebeurre.fr** est un site où les parents trouveront des informations fiables, fournies par des cardiopédiatres, ainsi qu'un soutien et des conseils prodigués par les familles d'enfants souffrant d'une malformation cardiaque.





> LOMBALGIES : L'INTÉRÊT DE RESTER EN MOUVEMENT

> MAL DE DOS ? LE BON TRAITEMENT, C'EST LE MOUVEMENT

Tel est le slogan choisi par l'Assurance maladie pour illustrer sa toute première campagne d'information sur les lombalgies, des pathologies qui lui coûtent chaque année près de 661 millions d'euros. Véritable mal du siècle, la lombalgie touchera « quatre personnes sur cinq » au cours de leur vie, indique la campagne. D'après un récent sondage, 24 % des Français pensent qu'il s'agit d'un problème grave et 68 % estiment que le repos est le

meilleur des remèdes. Or, « ces croyances sont en contradiction avec les recommandations médicales actuelles » constate l'Assurance maladie. La douleur, souvent intense, « n'est pas synonyme de gravité et le repos retarde la guérison ». Il est donc préférable de « maintenir une activité physique, même modeste ». Pour diffuser ce message auprès du grand public et des professionnels de santé, l'Assurance maladie a édité différentes affiches, ainsi qu'un spot-vidéo (<https://lc.cx/gWsd>). Elle propose aussi des livrets de conseils, téléchargeables aux adresses suivantes : <https://lc.cx/YZbc> et <https://lc.cx/gWsi>.

PRISE EN CHARGE à DOMICILE : LES FRANÇAIS VOTENT POUR

Selon une enquête Viavoice réalisée en novembre 2017, 81 % des Français se déclarent favorables à une prise en charge à domicile si leur médecin le leur proposait. Actuellement, ils sont près de 2 millions à être traités par des prestataires de santé à domicile (PSAD). Ces derniers seront amenés à prendre de plus en plus d'importance dans la chaîne de soins, en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de l'accroissement des transferts de l'hôpital vers la ville, souhaité par le gouvernement dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS). En parallèle, le nombre des aidants (11 millions aujourd'hui) continuera certainement à augmenter. Les dépenses associées aux prestations de santé à domicile, dont 90 % sont prises en charge par l'Assurance maladie et qui représentent près de 3 milliards d'euros, suivront également une courbe ascendante.



AVC : RÉAGIR VITE

Lorsque l'on suspecte un accident vasculaire cérébral (AVC), il ne faut pas perdre une minute. Une intervention rapide des secours peut éviter de graves séquelles. Pour cela, il est essentiel de reconnaître immédiatement les premiers signes.



L'accident vasculaire cérébral (AVC), causé par un caillot ou une hémorragie qui coupe la circulation du sang dans le cerveau, est une urgence absolue. Savoir en reconnaître les symptômes est primordial, car une prise en charge dans les quatre heures et demie qui suivent leur apparition augmente considérablement les chances de récupération. Un transfert rapide vers un établissement hospitalier ou une unité neuro-vasculaire (UNV) permettra la mise en place d'un traitement adapté pour restaurer la circulation sanguine cérébrale au plus vite et éviter ainsi, le plus souvent, la survenue d'un handicap irréversible.

> Les signes révélateurs

L'acronyme VITE, pour Visage paralysé, Inertie d'un membre, Trouble de la parole, En urgence appelle le 15, diffusé lors de la dernière campagne de sensibilisation du grand public, permet de se souvenir des principaux signaux d'alerte. Si un AVC peut parfois déclencher un mal de tête très violent, la plupart du temps il ne provoque aucune douleur, ce qui n'incite pas ceux qui en sont victimes à consulter tout de suite. Or, si vous ressentez brusquement une perte de force ou un engourdissement dans un bras, une jambe, une partie du visage ou une moitié du corps ou si vous avez des difficultés d'élocution, vous êtes peut-être en train de faire un AVC. Une perte soudaine de la vision d'un côté, comme un rideau qui tomberait sur un de vos yeux pendant quelques secondes, peut également être un signe alarmant. Dans tous les cas, la brutalité d'apparition des symptômes

est caractéristique et doit vous alerter. Au moindre doute, composez aussitôt le 15 ou demandez à la personne présente à vos côtés de le faire pour vous. En attendant l'arrivée des secours, ne bougez surtout pas. Vous ne devez pas non plus boire ni manger, car la déglutition est très difficile en phase aiguë d'AVC et une « fausse route » compliquerait le travail des secouristes.

> Une pathologie grave et fréquente

Bien que la prise en charge se soit améliorée, les AVC continuent de faire des ravages, notamment parce que de nombreux patients arrivent trop tard à l'hôpital. Chaque année, environ 140 000 personnes sont touchées par un AVC et près de 30 000 en décèdent. La moitié de celles qui y survivent en gardent des séquelles, comme une paralysie, des difficultés d'élocution ou une faiblesse musculaire. Certaines deviennent même dépendantes dans leur vie quotidienne. Il faut enfin rappeler que nombre d'accidents vasculaires pourraient être prévenus. Faire contrôler sa tension artérielle, son taux de cholestérol ou sa glycémie, surveiller son poids, pratiquer une activité physique, ne pas fumer et limiter sa consommation d'alcool et de sel sont des mesures simples qui permettent de réduire les risques.

Pour en savoir plus :

Societe-francaise-neurovasculaire.fr
Franceavc.com

A noter : la Journée européenne de l'AVC a lieu chaque année à la mi-mai.

SFNV DIMINUER 80% LE RISQUE D'AVC DE

LES 5 MESURES PRÉVENTIVES

- 1 CONTRÔLER SA PRESSION ARTÉRIELLE**
L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque d'AVC.
50% des hypertendus ignorent qu'ils le sont.
Si la tension artérielle est à 140 ou maximale ou à 90 de maxima, consulter un médecin.
- 2 MANGER SAINEMENT**
5 fruits et légumes par jour.
MANGER DU PÂQUET RÉGULIÈREMENT
PRÉPARER SOI-MÊME À MANGER
CONCOMBRE
PEU SALÉ
- 3 CONTRÔLER SON CHOLESTÉROL**
Tous les 5 ans.
Le taux de LDL-cholestérol (le mauvais cholestérol) doit être **< 1,6 g/l**.
- 4 AVOIR UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE**
Marcher au moins **30 min par jour**.
- 5 ARRÊTER DE FUMER**
La consommation de cigarette **MULTIPLIE PAR 2 LE RISQUE D'AVC ISCHÉMIQUE CÉRÉBRAL**.

www.societe-francaise-neurovasculaire.fr
© Copyright 2017 - SFNV / Société Française Neurovasculaire

> Maisons de santé : La réponse aux déserts médicaux ?

En plein essor depuis quelques années, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) vont bénéficier d'une enveloppe de 400 millions d'euros pour accélérer leur développement d'ici à la fin du quinquennat. D'après l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (Irdes), leur modèle particulier permettrait à la fois de lutter contre la désertification médicale, d'améliorer la qualité des soins et de renforcer le suivi des patients.

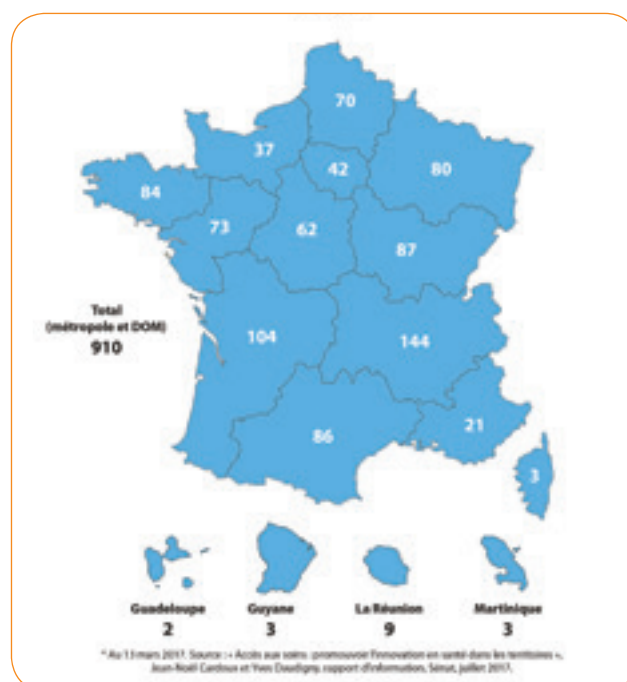
400 millions d'euros, c'est la somme que le gouvernement prévoit de consacrer au développement des maisons de santé d'ici à 2022 dans le cadre de son programme de lutte contre les déserts médicaux. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de la population en s'appuyant sur la proximité et la pluridisciplinarité de ces structures, dont le nombre ne cesse de progresser depuis cinq ans. Selon un rapport du Sénat, en mars 2017 la France comptait 910 maisons de santé pluriprofessionnelles (et 334 projets en cours de réalisation), contre seulement 20 en 2008. Si le plan gouvernemental honore ses promesses, leur nombre devrait doubler avant la fin du quinquennat. Est-ce enfin la solution à la désertification médicale ? Il semblerait bien, car, d'après une série d'études menées en 2014 et 2015 par l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (Irdes), les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) contribueraient à la stabilisation de la démographie des professionnels de santé dans les territoires et amélioreraient la qualité des soins. Les bonnes pratiques y seraient mieux respectées, en particulier pour le suivi des diabétiques, la vaccination et la prévention des interactions médicamenteuses.

> Professionnels de santé libéraux

« Les MSP réunissent des professionnels de santé libéraux associés autour d'un projet de santé précis, explique le docteur Pascal Gendry, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). La notion d'équipe de soins primaires y est fondamentale : elle rassemble des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des pharmaciens, des psycho-

logues, des orthophonistes, etc., qui souhaitent travailler ensemble, échanger et mieux se coordonner dans une prise en charge cohérente des pathologies et dans l'élaboration d'actions de prévention et d'éducation à la santé. » Grâce à des systèmes d'information spécifiques, ces professionnels partagent leurs dossiers médicaux (avec l'accord des patients), organisent des réunions pluridisciplinaires et peuvent même travailler en lien avec l'hôpital, en proposant par exemple des consultations avancées de spécialistes dans leurs locaux.

> Maisons de santé en France PLURIDISCIPLINAIRES (MSP) en 2017*



Sans cette volonté de travail d'équipe coordonné, les projets de MSP ont peu de chances d'aboutir et les locaux restent vides. « Le souhait de regrouper un médecin, une infirmière et un kiné n'est pas suffisant », souligne le docteur Gendry, regrettant le fait que certaines mairies aient construit des murs sans avoir sollicité de professionnels de santé en amont.

> Les jeunes médecins séduits

Le modèle des MSP répond en particulier aux souhaits des jeunes médecins, peu attirés par le traditionnel cabinet de ville isolé et soucieux de bénéficier d'horaires de travail préservant leur vie personnelle et familiale. L'organisation collective permet aussi à chaque praticien de dégager plus facilement du temps pour se former. Un ensemble d'avantages qui profite également aux patients. D'ailleurs, ces derniers semblent plutôt convaincus : « C'est en tout cas ce que montrent les enquêtes de satisfaction », relève Pascal Gendry. La mutualisation

coordonnée des ressources médicales leur garantit en effet une offre élargie de soins de proximité, une continuité de la prise en charge et un meilleur suivi. Et en plus, les dépassements d'honoraires sont rares.

Alternative à l'exercice traditionnel des professionnels de santé libéraux, les MSP, qui se sont développées sans réel cadre institutionnel, s'installent désormais plus solidement dans le système de soins. L'an passé, un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé avec l'Assurance maladie a permis de pérenniser une partie de leur mode de financement sous forme de forfaits annuels versés en fonction de l'obtention d'indicateurs de qualité. Un premier pas salué par la FFPMS, mais qui ne garantit pas la stabilité à long terme de structures dont le fonctionnement coûte cher. Les MSP ont encore besoin d'aides pour se développer et nul ne sait si l'enveloppe annoncée par le gouvernement sera suffisante.

Delphine Delarue

> Plus de 500 centres de santé mutualistes

La Mutualité française ne peut pas être constitutive d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), ces dernières étant forcément constituées de personnes physiques associées. En revanche, elle dispose d'un vaste réseau de centres de santé. Au 1er janvier 2018, on en recensait 540, répartis sur l'ensemble du territoire : 70 centres de santé médicaux, polyvalents ou infirmiers et 470 centres dentaires, dont les fauteuils sont parfois installés comme locaux de MSP, par exemple lorsque les professionnels de la maison de santé n'ont pas pu s'associer à un chirurgien-dentiste. A la différence des praticiens qui exercent dans les MSP avec un statut libéral, ceux des centres de santé mutualistes sont salariés. Ils disposent donc d'une structure gestionnaire qui assure pour eux l'ensemble des tâches non médicales (administration, logistique, recrutement, informatique...) et peuvent se concentrer uniquement sur les patients et les soins. Tous ces centres pratiquent le tiers payant et les dépassements d'honoraires sont inexistantes (exercice en secteur 1 et à tarif maîtrisé pour les actes dentaires hors nomenclature). Un avantage non négligeable quand on sait qu'un Français sur trois renonce à se soigner pour des raisons financières. Ces centres

accueillent tous les patients, qu'ils soient bénéficiaires ou non d'une complémentaire santé (mutualiste ou autre). Enfin, comme dans les MSP, les professionnels des centres mutualistes sont engagés dans un projet de santé partagé. Ils travaillent en équipe, en exercice regroupé et en collaboration avec les acteurs locaux, au sein de leur entreprise (par exemple lorsque la Mutualité gère aussi un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad] sur le territoire), mais aussi avec des acteurs externes (les collectivités ou les institutions...).





> Les nouvelles missions DU PHARMACIEN

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST, 2009) et la convention pharmaceutique de 2012 ont profondément élargi le rôle du pharmacien auprès des patients. Au-delà de sa mission de conseil concernant les médicaments, leurs interactions et le suivi des traitements, il peut désormais accompagner les malades sous anticoagulants, les asthmatiques et les personnes âgées en affection longue durée (ALD), contribuer au dépistage de certaines pathologies et participer à des actions de prévention. Actuellement expérimentée dans deux régions, la vaccination pourrait bientôt faire également partie de ses compétences. Un acteur de premier plan dans la coordination des soins : c'est ce qu'est devenu le pharmacien, neuf ans après la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et cinq ans après la convention pharmaceutique, qui lui ont permis d'élargir ses champs d'intervention. « Un pharmacien est d'abord là pour expliquer le médicament : son action, son fonctionnement, ses risques d'interaction et, éventuellement, sa fabrication, affirme Stéphane Pichon, président de l'Ordre des pharmaciens pour la région Paca. La durée de passage dans une officine est d'environ quinze à vingt minutes. Nous prenons le temps de préciser au patient ce qu'il n'a pas compris pendant sa visite chez le médecin. » A ce rôle s'ajoutent désormais différentes missions plus précises, notamment dans les domaines de l'éducation thérapeutique, du suivi de certains patients, du dépistage, de la prévention et

de la vaccination. Le pharmacien est ainsi habilité à participer au suivi des personnes asthmatiques ou traitées par anticoagulants oraux (anti-vitamine K).. Mal dosés ou associés par erreur ou méconnaissance avec d'autres produits, ces médicaments peuvent entraîner des hémorragies et conduire à l'hospitalisation. Il s'agit donc, en lien avec le médecin traitant, de vérifier la bonne observance du traitement, de s'assurer que les analyses biologiques nécessaires ont bien été effectuées ou de recommander, au besoin, une adaptation de la posologie.

> « On rassure le patient »

« Parfois, le patient ne voit son médecin qu'une fois tous les trois mois, note Stéphane Pichon. En revanche, il passe fréquemment à la pharmacie. Cela nous permet, par exemple, de répondre rapidement à l'inquiétude d'une personne asthmatique qui a peur de faire une crise : on la rassure, on vérifie que son flacon n'est pas vide et on lui réexplique le traitement pour éviter les mésusages. Par ailleurs, dès que nous constatons un problème, nous pouvons avertir le médecin et lui demander de voir la personne en urgence. » Pour bénéficier de ce suivi, qui comprend deux entretiens annuels au minimum, le patient doit s'inscrire auprès du pharmacien. Depuis le 16 mars, les pharmaciens peuvent également réaliser des « bilans partagés de médication » auprès des personnes en affection de longue durée (ALD) âgées de plus de 65 ans et des patients polymédiqués de plus de 75 ans. Lors d'un premier entretien, le pharmacien recense les médicaments pris par le malade, recueille ses observations (effets indésirables, difficultés à suivre les prescriptions...), puis établit une analyse pharmacologique dans laquelle il note ses conclusions et ses recommandations. Cette analyse est transcrite sur un dossier médical partagé (DMP) avec le médecin traitant, qui adapte le traitement si nécessaire. Chaque année, l'analyse initiale sera réactualisée et le pharmacien s'assurera, en parallèle, de la bonne observance des traitements par le patient. Cet accompagnement, destiné aux malades chroniques, devrait bientôt s'élargir aux diabétiques et aux personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires.



> DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

« Depuis le 1er août 2016, les pharmaciens d'officine peuvent aussi effectuer trois tests rapides d'orientation du diagnostic (Trod) : le test capillaire d'évaluation de la glycémie (dépistage du diabète), ainsi que les tests oropharyngés de la grippe et des angines à streptocoques du groupe A. Pour ces deux derniers dispositifs, l'objectif est de déterminer si un traitement antibiotique est nécessaire et si une visite chez le médecin s'impose pour une prescription. « Le réflexe n'est pas encore entré dans les usages, remarque Stéphane Pichon. Il va falloir un peu de temps pour que les patients s'habituent à demander ces tests. » Les officines peuvent également participer à des opérations ponctuelles de dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), avec mesure du souffle, ou à des actions de prévention (promotion du calendrier vaccinal, des dépistages organisés ou de la journée sans tabac, par exemple). Dernière mission à souligner : la vaccination. Depuis l'automne 2017, les pharmacies des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine sont autorisées à vacciner contre la grippe les populations à risque ayant reçu une invitation de l'Assurance maladie (et disposant donc d'un bon de vaccination ou d'une ordonnance). Pour Stéphane Pichon, l'opération, prévue pour trois ans, est d'ores et déjà un succès. « Elle a permis de vacciner deux cent mille personnes, constate-t-il. On se rend compte que, pour les gens, c'est très facile. La pharmacie, c'est l'accès, en poussant une porte, à un professionnel titulaire d'un doctorat qui a fait six ans d'études. » Vu sous cet angle, il serait dommage de se passer de ses services. « Cette mesure de santé publique doit permettre d'améliorer la couverture vaccinale, avec le souhait que des résultats probants permettront l'extension de l'expérimentation à d'autres régions et à de nouveaux publics », indique pour sa part l'Ordre des pharmaciens sur son site Internet. C'est d'ailleurs ce qui a été officiellement demandé par l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (UPSIO) lors d'une visite à la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, au mois de mars.



> 36 500 000 DOSSIERS PHARMACEUTIQUES OUVERTS DANS LES OFFICINES

A ce jour, plus de 36 500 000 dossiers pharmaceutiques (DP) ont été ouverts par les patients dans les officines françaises. Créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé, cet outil recense les médicaments délivrés à son titulaire au cours des quatre derniers mois (pour les médicaments biologiques, les données sont conservées pendant trois ans, et pour les vaccins, pendant vingt et un ans). Accessible à tous les pharmaciens et aux médecins exerçant dans les établissements de santé, le DP « améliore la coordination entre les professionnels de santé, le décloisonnement ville-hôpital et favorise l'amélioration de la couverture vaccinale », souligne l'Ordre national des pharmaciens. Il permet aussi de limiter les risques d'interaction médicamenteuse et renforce la lutte contre la iatrogénie (effets secondaires du traitement). « Pour ouvrir un dossier pharmaceutique, il suffit de se rendre dans une officine avec sa carte Vitale, explique Stéphane Pichon, président de l'Ordre des pharmaciens pour la région Paca. C'est aussi facile de l'ouvrir que de le fermer, et le patient peut demander que certains produits soient retirés de la liste. » Selon l'Ordre, le DP constitue une réelle sécurité, notamment pour les malades chroniques. « Si un patient part en vacances en oubliant son ordonnance, le dossier pharmaceutique permet d'avoir l'exact dosage de son médicament, précise Stéphane Pichon. De même, lors d'un déménagement, un patient peut demander au pharmacien d'éditer son dossier, et donc la liste de ses traitements, pour la présenter à son nouveau médecin généraliste. » Enfin, le DP propose des services spécifiques concernant l'approvisionnement pharmaceutique : son portail permet par exemple de faire passer l'information sur les ruptures, le rappel ou le retrait de médicaments.

Atiisa WALTARI

LES MISSIONS DU PHARMACIEN



DÉLIVRE
DES CONSEILS
SUR LES MÉDICAMENTS

(leur action, les risques d'interaction et le bon suivi du traitement)



EXPÉRIMENTE
LA VACCINATION
CONTRE LA GRIPPE

(dans deux régions – Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine – auprès des personnes à risque)



PARTICIPE
À DES ACTIONS PONCTUELLES
DE PRÉVENTION

(promotion du calendrier vaccinal ou des dépistages organisés)



SUIT

LES PATIENTS DIABÉTIQUES,
LES MALADES SOUS
ANTICOAGULANTS ORAUX,
LES PERSONNES EN ALD AGÉES
DE PLUS DE 65 ANS ET
LES PATIENTS POLYMÉDIQUÉS
DE PLUS DE 75 ANS

(vérifie la bonne observance des traitements, s'assure que le patient effectue les analyses demandées et prévient le médecin en cas de problème)



DÉPISTE

LE DIABÈTE, LES ANGINES
À STREPTOCOQUES A
ET LA GRIPPE

(grâce aux tests d'orientation rapide au diagnostic [Trod])





Développée jusqu'à présent au niveau régional selon un modèle expérimental, la télémedecine fait depuis le 18 janvier l'objet d'une négociation tarifaire entre la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les syndicats de médecins libéraux. Objectif : fixer les règles et les tarifs que les médecins pourront appliquer pour les actes de téléconsultation et de télé-expertise. Une première étape décisive pour le déploiement de ces pratiques sur l'ensemble du territoire.

> **Télémedecine :** **VERS UN REMBOURSEMENT DES CONSULTATIONS**

Pour les pionniers de la télémedecine, le lancement, au mois de janvier, des négociations tarifaires destinées à fixer les règles et les tarifs des actes de téléconsultation et de télé-expertise a été un véritable soulagement. « On se demandait si cela allait arriver un jour, confie Lydie Canipel, secrétaire générale de la Société française de télémedecine (SFT). Dès le second semestre 2018, ces actes passeront enfin dans le droit commun et seront remboursés. C'est une très bonne chose, car la télémedecine apporte de nombreux avantages à la fois aux usagers et aux professionnels du système de santé. » En permettant l'examen à distance d'un patient par son médecin via la visioconférence, la téléconsultation contribue à l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones de désertification médicale. Grâce à elle, les personnes dépendantes et peu mobiles n'ont plus besoin de parcourir de longues distances ou d'attendre plusieurs semaines avant d'obtenir un rendez-vous. Sans parler des économies réalisées en matière de transport sanitaire et de personnel, notamment dans les établissements médico-sociaux ou les Ehpad. « Déplacer un résident très âgé ou lourdement handicapé à l'hôpital nécessite au moins deux personnes, précise Lydie Canipel. C'est très stressant pour lui, ça coûte cher et ça prend du temps. » Avec la télémedecine, les patients bénéficient à la fois d'une meilleure qualité de vie et d'un meilleur suivi, ce qui limite le recours à l'hospitalisation.

> **Montée en compétences des professionnels de santé**

De son côté, la télé-expertise – la demande d'avis entre professionnels de santé et de favoriser leur montée en compétences. « Quand un médecin ou une infirmière demande l'expertise d'un spécialiste sur telle ou telle problématique, il acquiert de l'expérience, explique Lydie Canipel. Lorsqu'il

rencontrera à nouveau le même problème, il saura quoi faire. » Ces demandes d'avis, pour lesquelles les médecins ne percevaient jusqu'à présent aucune rémunération, devraient désormais leur être payées. Si l'on ne connaît pas encore le montant exact des tarifs, il pourrait s'agir d'une somme forfaitaire de 40 euros par patient et par an, dans la limite de cent télé-expertises annuelles. Les téléconsultations devraient quant à elles être facturées comme les consultations classiques (25 euros) et leur prise en charge par l'Assurance maladie serait également similaire, qu'elles aient été réalisées en secteur 1 (tarifs Sécurité sociale) ou en secteur 2 (tarifs à honoraires libres).

> **Patients en ALD prioritaires**

Pour le moment, les deux autres pratiques de télémedecine, la téléassistance et la télésurveillance, ne seront pas ajoutées à la liste des actes remboursés par la Sécurité sociale. De même, dans un premier temps, seuls les patients classés en affection longue durée (ALD) et ceux demeurant dans les déserts médicaux, en Ehpad ou en établissement médico-social devraient être remboursés. Un choix probablement motivé par les inquiétudes de la Cnam concernant l'éventuelle explosion du nombre d'actes, et donc des coûts, que pourrait générer la médecine à distance. « Malgré tous les avantages de la télémedecine, il faut rester raisonnable, reconnaît Lydie Canipel. Certains actes, notamment ceux qui nécessitent des palpations, ne pourront évidemment pas se faire par visioconférence. Il y aura toujours du présentiel en cabinet. Les médecins doivent maintenant intégrer tous ces éléments dans leur organisation, et ce n'est pas simple. D'ailleurs, on ne sait toujours pas si ceux qui souhaitent se mettre à la télémedecine bénéficieront d'aides financières pour acquérir le matériel nécessaire. » Pour le savoir, il faudra attendre la fin des négociations, prévues pour le mois d'avril au plus tôt.

Delphine Delarue



> TROIS QUESTIONS À SÉVERINE SALGADO, DIRECTRICE DÉLÉGUÉE SANTÉ DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Comment la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) a-t-elle accueilli l'ouverture des négociations tarifaires entre la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les syndicats de médecins libéraux concernant la télémedecine ?

C'est avec conviction que la FNMF, représentée par l'Unocam, a décidé de participer à cette négociation, car elle soutient depuis longtemps le développement de la télémedecine, la considérant comme un des leviers pour l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation du système de santé et la qualité de la prise en charge des patients. La télémedecine est encore insuffisamment déployée sur notre territoire, alors que des initiatives ont démontré son efficacité en termes de qualité, de prise en charge et de sécurité. Le mouvement mutualiste, en tant qu'offreur de soins, a en effet développé dès 2013 – donc avant les expérimentations rendues possibles par la LFSS 2014 – des services de télé-expertise et de téléconsultation par visioconférence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) mutualiste. L'objectif était de prévenir, voire d'éviter, les hospitalisations des personnes âgées dépendantes.

Certains éléments ne semblent pas encore très clairs : par exemple, on ne sait pas s'il y aura un principe de sectorisation pour ces actes de téléconsultation et de télé-expertise. Quelle est la position de la FNMF à ce propos ?

La Mutualité partage les deux prises de position exprimées par l'Unocam lors des séances de négociation : les tarifs des téléconsultations ne doivent pas être plus élevés que ceux des consultations réalisées en présence des patients, et les consultations complexes et très complexes ne pourront pas être effectuées à distance. La Mutualité sera bien sûr attentive à ce que les actes de téléconsultation et de télé-expertise soient à tarifs opposables. Par ailleurs, elle s'interroge sur le périmètre défini par la Cnam, qui impose deux contraintes : la prescription de la téléconsultation et de la télé-expertise par le médecin traitant et la consultation au préalable du médecin requis par le patient. Nous souhaitons bien sûr que les téléconsultations s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins, et à ce titre le retour d'information au médecin traitant

est primordial. Mais le cadre proposé aujourd'hui par l'Unocam est trop restreint et rigide. Non seulement il sera un frein au développement de la télémedecine, mais l'Unocam a d'ores et déjà dû identifier de nombreuses dérogations, notamment pour les patients ayant des difficultés d'accès aux soins dans certains territoires et ne pouvant donc pas s'inscrire dans le parcours de soins.

Les téléconsultations réalisées sur les plateformes mises en place par les complémentaires santé n'entrent donc pas dans le cadre des négociations...

Non, les téléconsultations réalisées par les structures d'assistance ou via des plateformes habilitées ne sont pas prises en compte dans la négociation conventionnelle en cours, et la Mutualité le regrette. Ces plateformes se sont pourtant développées en réponse à des besoins, et pas seulement dans des territoires « déficitaires ». Il s'agit d'innovations en termes d'accès aux soins, dont il conviendra de veiller à ce qu'elles ne soient pas remises en cause par cette négociation. Nous avons la conviction que le processus est lancé et que ces plateformes vont continuer à se développer – avec ou sans la Cnam – pour répondre aux besoins des patients et parfois de leurs employeurs. Dès lors, leur reconnaissance permettrait de les insérer dans le parcours de soins, au plus grand bénéfice des patients et du système de santé.





> Déjà-vu, Déjà-vécu : UN PHÉNOMÈNE COURANT, MAIS SURPRENANT

Benoît Saint-Sever

Le déjà-vu ou le déjà-vécu est la sensation, à la fois banale et troublante, de revoir ou de revivre une scène.

Environ 70 % de la population dit avoir expérimenté ce phénomène que les scientifiques peinent à expliquer.

Avoir l'impression de revivre une scène de la vie quotidienne que l'on sait pourtant n'avoir jamais vécue auparavant, c'est ce que l'on appelle le déjà-vu ou le déjà-vécu. Cette manifestation étrange touche autant les hommes que les femmes et est plus fréquente en période de stress ou de fatigue. Elle se déclare surtout chez les jeunes, entre 15 et 25 ans, et se raréfie avec l'âge. Par ailleurs, d'après une étude américaine publiée en 2003, il semblerait que ce phénomène soit plus courant chez les personnes ayant un niveau socioculturel élevé, ainsi que chez ceux qui ont beaucoup voyagé.

> PLUS FRÉQUENT CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Chez les personnes épileptiques, le déjà-vu est un symptôme courant. L'épilepsie est une affection neurologique qui se caractérise par des crises, c'est-à-dire des décharges brusques et excessives d'influx nerveux dans le cerveau. Or, pour certains malades, la sensation de déjà-vu est annonciatrice d'une crise. Dans ce cas, c'est la perturbation électrique qui génère le phénomène. En 2012, des chercheurs français ont réussi à reproduire le mécanisme chez des patients épileptiques en stimulant le cortex rhinal, situé sous l'hippocampe. Cette région du cerveau est impliquée dans le processus dit de familiarité, qui permet de savoir que l'on a précédemment vu un visage ou une image par exemple. Chez les épileptiques, cette zone serait donc à l'origine du phénomène. Mais, en France, moins de 1 % de la population est concernée par cette maladie, et la survenue du déjà-vu touche tout monde...

> Un faux souvenir...

Plusieurs théories, plus ou moins farfelues, existent pour tenter de percer le mystère du déjà-vu ou du déjà-vécu. L'explication scientifique la plus répandue est que cette impres-

sion serait liée à un dysfonctionnement du lobe temporal. Cette partie du cerveau renferme les structures impliquées dans le processus de mémorisation. Elle abrite notamment le cortex rhinal et l'hippocampe, qui est le carrefour d'entrée des informations sensorielles permettant de mémoriser et d'associer les informations dans un ensemble cohérent afin de retenir une scène. Le déjà-vu serait donc un faux souvenir dû à une erreur du cerveau, qui inscrirait une perception présente directement dans la mémoire à long terme.

> ... OU UNE VÉRIFICATION DU CERVEAU

En 2016, des chercheurs du Royaume-Uni ont voulu confirmer cette hypothèse. Ils ont observé le cerveau de volontaires, grâce à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), au moment même où ces derniers expérimentaient une sensation de déjà-vu. Pour simuler le phénomène, les chercheurs ont lu une série de mots autour de la thématique du sommeil (par exemple « lit », « rêve », « oreiller »...), sans que le mot « sommeil » lui-même soit prononcé. Ils ont ensuite demandé aux volontaires s'ils avaient entendu un mot commençant par la lettre s, puis le mot « sommeil ». Bien que celui-ci ne fasse pas partie de la série, les volontaires avaient l'impression tenace de l'avoir entendu. Les observations réalisées par IRM à ce moment-là ont contredit la théorie du faux souvenir. Les régions du cerveau impliquées dans la mémoire, et notamment l'hippocampe, ne se sont pas activées lors de l'expérience. Ce sont les zones du lobe frontal, impliquées dans la prise de décision et la résolution des conflits, qui se sont mises en fonction. Pour ces chercheurs, le cerveau vérifie la mémoire lorsqu'il existe un conflit entre l'expérience vécue réellement et celle que nous croyons avoir vécue. Le déjà-vu serait donc un signe du bon fonctionnement du système de vérification de la mémoire. Cette nouvelle théorie, qui ne fait pas l'unanimité dans le milieu scientifique, mérite toutefois d'être explorée plus en détail.

Le TOURISME SOCIAL ET SOLIDAIRE : UNE AUTRE FAÇON DE VOYAGER

Le tourisme social et solidaire souffre d'une méconnaissance de la part du grand public.

Pourtant, avec plus de 1 400 établissements répartis sur tout le territoire, ce secteur œuvre à rendre les vacances accessibles à tous.

Villages de vacances, auberges de jeunesse, centres de vacances pour enfants, centres internationaux de séjour, centres sportifs, campings, refuges ou gîtes... Le tourisme social et solidaire (TSS) regroupe toutes sortes d'hébergements de vacances. Chaque année, plus de quatre millions de Français partent dans l'un des 1 400 établissements du réseau. Ce dernier comptabilise 24 millions de nuitées, 210 000 lits, 40 000 emplois et 1,4 milliard d'euros de chiffre d'affaires. Tous les types de publics sont accueillis : scolaires, enfants, adolescents, familles, seniors, personnes en situation de handicap... « Le tourisme social et solidaire propose une offre touristique à destination de tous, sur l'ensemble du territoire, explique Michelle Demessine, la présidente de l'Union nationale des associations de tourisme et de plein air (Unat), qui fédère les acteurs touristiques du secteur de l'économie sociale et solidaire (ESS). Nous proposons des hébergements sur le littoral méditerranéen avec une vue sur la mer, d'autres dans les stations de montagne et d'autres encore à la campagne. » Malgré sa grande diversité, le TSS et ses spécificités demeurent pourtant peu connus.

> Un BUT NON LUCRATIF

Première particularité, le TSS repose sur un principe de gestion désintéressée. « Quel que soit leur statut juridique, nos membres affichent une lucrativité nulle, limitée ou encadrée, indique la présidente de l'Unat. Les excédents financiers sont ainsi réinvestis selon les principes de l'économie redistributive. Par exemple, le parc des hébergements est rénové régulièrement pour correspondre au mieux aux évolutions des attentes des vacanciers. »



Benoît Saint-Sever

> FAVORISER LA MIXITÉ SOCIALE

L'Unat revendique un tourisme de qualité accessible à tous. « Notre principal objectif est de favoriser les départs en vacances, confirme Michelle Demessine. Pour cela, certaines structures proposent des tarifs qui prennent en compte le quotient familial, par exemple. Nous avons également des liens privilégiés avec les comités d'entreprise. » Les séjours des vacanciers peuvent être financés par différents partenaires tels que la caisse d'allocations familiales (CAF), l'Agence nationale des chèques vacances (ANCV), les conseils régionaux et départementaux ou encore des structures locales. « Dans nos structures, les personnes qui ont des difficultés à partir en voyage et celles qui n'en ont pas se côtoient, poursuit la présidente de l'Unat. Nous favorisons ainsi le vivre ensemble et la solidarité. »

> VALORISER LES TERRITOIRES

Les acteurs du TSS se présentent comme des moteurs de l'attractivité et du développement économique du territoire. « Les établissements sont des acteurs incontournables de la vie économique locale, souligne Michelle Demessine. Grâce aux touristes qu'ils hébergent, ils participent au maintien des services et activités dans leur territoire d'implantation. Ils sont aussi pourvoyeurs d'emplois de proximité de qualité. Nous avons en effet une convention collective exigeante, qui permet au personnel de bénéficier de salaires corrects ou encore de formations. »



POURQUOI ET COMMENT DEVENIR ÉPARGNANT SOLIDAIRE

La finance solidaire affiche une santé de fer : en France, plus d'un million de particuliers font fructifier leurs économies en soutenant des projets à forte utilité sociale ou environnementale. De l'épargne salariale au crowdfunding en passant par la souscription de produits bancaires spécifiques, plusieurs voies sont possibles pour ceux qui souhaitent se lancer.

produits d'épargne (livrets, comptes à terme, assurance-vie...) dont une partie des dividendes sert à financer des organismes de solidarité. Ceux qui souhaitent se lancer peuvent aussi choisir de devenir actionnaires d'une entreprise solidaire en prenant des parts de son capital. Il s'agit de la forme la plus engageante d'épargne solidaire, puisque 100 % de la somme investie servira à soutenir la structure.

D'après le dernier baromètre Finansol-La Croix (2017-2018), la finance solidaire poursuit sa croissance pour la quinzième année consécutive. En 2016, les Français ont placé 1,31 milliard d'euros sur des produits d'épargne consacrés à la solidarité, pour un encours total de près de 10 milliards d'euros (contre 8,46 milliards en 2015). Ces souscriptions ont permis de verser 5,02 millions de dons à des associations et ont généré 280,28 millions d'euros de financement pour soutenir des projets à vocation sociale ou environnementale. Ainsi, 49 000 emplois ont pu être consolidés, 5 500 personnes relogées et 20 000 foyers approvisionnés en électricité renouvelable. Des résultats positifs qui confirment l'appétence d'un nombre grandissant de Français pour ce type d'épargne : aujourd'hui, on en compte plus d'un million, alors qu'au début des années 2000 ils n'étaient que quelques dizaines de milliers.

> « Une économie PLUS RESPECTUEUSE DE L'HOMME »

Concrètement, l'épargnant solidaire est celui qui fait le « choix d'une économie plus respectueuse de l'homme et de l'environnement en faisant fructifier son

épargne tout en soutenant des projets utiles à la société », explique sur son site Internet l'association Finansol, qui réunit la plupart des acteurs des finances solidaires. En souscrivant à des produits d'épargne spécifiques, il accepte qu'une partie de ses gains profite à des causes ou à des initiatives agréées « utilité sociale » (lutte contre les exclusions, logement « très social », développement durable et citoyen, agriculture bio, environnement). Une belle façon de répondre aux enjeux de notre époque. Pour devenir épargnant solidaire, plusieurs voies sont possibles. Un salarié peut par exemple choisir de placer la totalité ou une partie de son épargne salariale (intéressement, participation, abondement) ou de son épargne retraite (Perco ou Percoi) sur un fonds commun de placement d'entreprise (FCPE) solidaire. Actuellement, l'épargne salariale représente d'ailleurs 60 % de l'encours de l'épargne solidaire. Autre option : s'adresser directement à sa banque ou à sa mutuelle d'assurances. Certaines, comme les Banques populaires, le Crédit mutuel, le Crédit coopératif, la Banque française mutualiste (BFM) ou la Macif, proposent en effet des

> CROWDFUNDING

De nouveaux canaux ont vu le jour, comme le crowdfunding (ou financement participatif). Sur Internet, certaines plateformes proposent aux internautes de financer en dette, en fonds propres ou en prêts des entreprises d'utilité sociale. A noter que l'Autorité des marchés financiers (AMF) a édité un dépliant destiné à accompagner les épargnants qui soutiennent un projet de financement participatif*. Finansol recense quant à elle, sur son site Internet (Finansol.org) de nombreux organismes proposant des produits d'épargne solidaire labellisés selon les critères d'une commission d'experts financiers indépendants. Sachez enfin que, si l'épargne solidaire est un investissement où la solidarité prime, elle donne néanmoins droit à certains avantages fiscaux qui peuvent être intéressants selon le type de placement, notamment lorsque l'on investit dans le capital de sociétés pour l'emploi solidaire.

* La finance participative, participer à l'économie différemment. Aliisa Waltari

L'ÉPARGNE SOLIDAIRE EN 2016



**+ d'un MILLION
D'ÉPARGNANTS SOLIDAIRES**



**via leur
entreprise**

par exemple dans le cadre de leur
plan d'épargne entreprise (PEE)
ou interentreprises (PEI)



**via leur
banque ou
mutuelle d'assurance**

en souscrivant des produits
d'épargne solidaires : livrets,
comptes à terme, assurance-vie...



**via une
entreprise
solidaire**

en prenant des parts du capital



1,31 MILLIARD D'EUROS PLACÉS
pour un encours de 9,76 milliards d'euros au 31.12.2016



5,02
millions d'euros
versés à des associations



280,28
millions d'euros pour soutenir des projets
d'utilité sociale ou environnementale



49 000
emplois créés
ou consolidés



5 500
personnes
relogées



2 000
foyers approvisionnés
en électricité renouvelable



+ DE 100
acteurs du développement
économique soutenus
dans les PED

Source : Baromètre de l'épargne solidaire 2017-2018 La Croix-Finansol.

BAISSER LES BRAS DEVANT LES DÉSERTS MÉDICAUX ? JAMAIS

Jean-François, 65 ans, maire, a fait revivre son village en lui trouvant un médecin.

Jean-François pense que l'accès aux soins pour tous est fondamental. Nous aussi. Avec **Lyfe**, **CNP Assurances** offre des services personnalisés pour prendre soin de soi et de ses proches.

Retrouvez Jean-François dans le film d'Olivier Delacroix sur notre chaîne YouTube ou sur cnp.fr. #ATousNosAvenirs



assurer tous les avensirs