

SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS

➤ **HAS : Comment améliorer la prise en charge du reflux gastro-œsophagien chez l'enfant de moins d'un an ?**

La Haute Autorité de santé (HAS) s'inquiète de la consommation « non négligeable », « souvent inappropriée » et « en constante augmentation » d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans la prise en charge des régurgitations chez les nourrissons, malgré les risques associés d'infections virales et bactériennes.

Dans une « fiche pertinence » à destination des professionnels de santé, elle rappelle que, chez les enfants de moins d'un an, ce traitement doit être uniquement prescrit dans les cas de reflux gastro-œsophagiens dit « RGO » pathologiques.

Le reflux gastro-œsophagien est un phénomène fréquent chez les nourrissons de moins d'un an. Si ces régurgitations inquiètent souvent les parents, elles sont généralement bénignes et peuvent être atténuées grâce à des mesures simples, souligne la HAS. Mais comment faire la différence entre ces régurgitations simples et celles qui traduisent un RGO pathologique, et éviter de prescrire un médicament quand ce n'est pas nécessaire ?

Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3423859/fr/reflux-gastro-oesophagien-chez-l-enfant-de-moins-d-un-an-definitions-prise-en-charge-et-pertinence-des-traitements-pharmacologiques

➤ **Test diagnostique de l'endométriose**

À l'occasion de la semaine de l'endométriose, la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, Catherine Vautrin, a annoncé le 7 mars son objectif de rendre disponible le test salivaire Endotest.

En accord avec la Haute Autorité de santé (HAS) qui a proposé en janvier l'accès au test de l'entreprise Ziwig dans le cadre du forfait innovation, le ministère déploiera dès cet été une étude clinique pour recueillir plus de données sur la pertinence de ce test salivaire en troisième ligne diagnostic.

Dès 2025, 2 000 à 3 000 patientes seront incluses dans cette étude, en espérant atteindre le nombre de 20 000 à 30 000 dans les années suivantes si les premières données sont validées.

Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3486036/fr/evaluation-du-test-salivaire-endotest-dans-les-situations-complexes-de-diagnostic-d-endometriose

➤ [Note d'information du 16 février 2024 relative à l'organisation d'une offre en santé sexuelle permettant l'accès à une prise en charge gynécologique et à une information/sensibilisation à la vie affective et sexuelle, adaptées aux personnes en situation de handicap](#)

L'inclusion des personnes en situation de handicap implique leur accès effectif à la prévention et aux soins. Celui-ci n'est pas encore pleinement satisfaisant du fait, notamment, du manque d'accessibilité des locaux et d'adaptation du matériel, de la faible disponibilité de professionnels de proximité formés aux handicaps.

L'expérimentation « Handigynéco en pratique » menée en région Ile-de-France a cherché à répondre aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins en santé sexuelle des personnes accueillies en FAM et MAS par l'intervention de sages-femmes formées au préalable aux spécificités des handicaps dans une démarche « d'aller vers » dans ces établissements. Elle a permis la mise en place et l'évaluation d'actions individuelles (consultations gynécologiques longues) et d'actions collectives (ateliers de sensibilisation à la vie affective et sexuelle pour tous les usagers et les professionnels).

Cette note d'information, publiée au Bulletin officiel « Santé-protection sociale-solidarité » du 29 février 2024, vise à soutenir les ARS dans la conception d'actions « Handigynéco » en régions, pour lesquelles des crédits reconductibles ont été délégués dans le Fonds d'intervention régional (FIR) en 2023, permettant la prise en charge gynécologique et de la vie affective et sexuelle des adultes en situation de handicap accueillis en FAM (foyer d'accueil médicalisé) et en MAS (maison d'accueil spécialisée).

Elle vise également à les accompagner dans la mise en œuvre de ce projet : modalités, allocation des crédits, suivi et évaluation.

Lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2024/2024.4.sante.pdf>

IVG

➤ [Arrêté du 1er mars 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG](#)

Publié au Journal officiel du 2 mars, cet arrêté vient revaloriser de 25 % la plupart des « forfaits » de prise en charge relatifs à l'avortement.

Alors que la France a inscrit l'interruption volontaire de grossesse dans sa Constitution le 4 mars, cet arrêté modifie l'arrêté du 26 février 2016 qui était en vigueur jusque-là.

Le tarif de prise en charge des IVG varie selon la méthode pratiquée (médicamenteuse ou instrumentale), et le lieu où elle est effectuée (en cabinet ou en établissement de santé).

Toutes les prise en charge liées aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'IVG, quelle que soit la méthode, qu'elle soit pratiquée en établissement, en centre de santé ou en cabinet, ont connu une augmentation. Ainsi, par exemple, le « forfait » pour une IVG médicamenteuse effectuée par un médecin ou une sage-femme en établissement est passé de 282, 91 euros à 353,64 euros.

Par ailleurs, la téléconsultation étant possible depuis le 19 février 2022 dans le cadre d'une IVG médicamenteuse (décret n°2022-212 du 19 février 2022), l'arrêté prévoit également

désormais la création d'un « sous-forfait » spécifique correspondant à la délivrance de produits par téléconsultation effectuée par un médecin ou une sage-femme.

De même, un tableau regroupant les prix des produits utilisés pour les IVG médicamenteuses est ajouté en annexe de l'arrêté. Les prix y diffèrent selon la zone géographique de délivrance (métropole, Réunion ...). Le montant du « sous forfait médicament » facturable par le médecin, la sage-femme ou le pharmacien est aussi mentionné dans ce tableau.

Pour rappel, depuis le 1er avril 2016, l'IVG et tous les actes médicaux associés (examens de biologie, consultation pour recueillir le consentement, échographies, analyses médicales, anesthésie, hospitalisation, ...), qu'ils soient préalables ou ultérieurs à la procédure, sont pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale dans le cadre des forfaits. Pour la plupart des femmes, cette prise en charge s'accompagne d'une dispense totale d'avance de frais (tiers-payant).

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049224186>

➤ La réalisation des IVG médicamenteuses en ville

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville est assortie d'une dispense totale d'avance de frais (tiers payant) pour :

- toutes les assurées sociales ;
- les mineures qui sont ayants-droits d'une personne assurée sociale ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME)

L'élargissement et l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG constitue une des principales mesures pour assurer sa gratuité complète comprenant les actes afférents, quel que soit le mode d'exercice du médecin qui prend en charge l'IVG.

Lien : <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/ivg-medicamenteuse>

➤ Inscription de l'IVG dans la Constitution

Les députés et sénateurs réunis en Congrès, à Versailles, ont voté pour l'inscription de « la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse » dans l'article 34 de la Loi fondamentale. Le texte a recueilli 780 voix pour et 72 contre.

Après le vote du Congrès qui a inscrit l'IVG dans la Constitution, Emmanuel Macron a annoncé une cérémonie de scellement pour la première fois ouverte au public le 8 mars, Journée internationale des droits des femmes.

Lien : <https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/textes-legislatifs/la-loi-en-clair/projet-de-loi-constitutionnelle-relatif-a-la-liberte-de-recourir-a-linterruption-volontaire-de-grossesse.html>

RAPPORTS/ETUDES/PUBLICATIONS

➤ Mission sénatoriale sur l'offre de périnatalité

À l'initiative du groupe du Rassemblement démocratique et social européen, le Sénat a créé une mission d'information consacrée à la santé périnatale et son organisation territoriale.

Sous l'égide de la rapporteuse Véronique Guillotin (RDSE, Meurthe-et-Moselle), la mission mènera ses travaux au cours du premier semestre 2024 et rendra ses conclusions avant l'été. Annie Jacquemet (Union centriste, Doubs) est élue présidente de la mission lors de la réunion constitutive du 6 mars.

Le groupe à l'initiative de cette mission s'inquiète tout d'abord de la réduction du nombre de maternités et des tensions en personnels dans les petites structures. Il souligne également la dégradation des indicateurs de santé, avec la progression de la mortalité néonatale.

Lien : <https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/structures-temporaires/missions-dinformation-communes/mission-dinformation-sur-lavenir-de-la-sante-perinatale-et-son-organisation-territoriale.html>

FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE

➤ Décret n°2024-258 du 22 mars 2024 relatif à la certification périodique de certains professionnels de santé

Adopté en 2019 pour « maintenir les compétences des professionnels de santé et la qualité des soins », le dispositif de certification périodique se concrétise avec la publication ce 24 mars d'un décret d'application qui précise à la fois les professionnels concernés par l'obligation, ceux pouvant bénéficier d'une exonération partielle et surtout certaines modalités pratiques de cette démarche.

La certification est opposable depuis le 1er janvier 2023 à l'ensemble de ces professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en exercice, y compris ceux qui sont en cumul emploi retraite.

Comme annoncé, ce décret précise les professionnels de santé relevant d'un ordre national soumis à l'obligation de certification périodique, ainsi que ceux pouvant bénéficier d'une exonération partielle.

Sont ainsi soumis à l'obligation de certification périodique :

- tous professionnels tenus de s'inscrire à un ordre ;
- certains professionnels de santé militaires ;
- les professionnels de santé exerçant dans le cadre d'un cumul emploi-retraite ;
- les professionnels de santé exerçant les fonctions de personne qualifiée responsable dans le cadre de la préparation et de la vente en gros de médicaments.

Il est précisé que les professionnels de santé retraités ne sont pas concernés par cette obligation.

Le professionnel en activité peut quant à lui être dispensé de certaines actions prévues par le référentiel correspondant à son exercice. Pour bénéficier de cette exonération partielle, des

conditions doivent être définies. Par exemple, le professionnel peut être exonéré si son exercice ne prévoit pas d'activité clinique directement auprès des patients, ou s'il est soumis à des formations obligatoires conditionnant sa pratique professionnelle, qu'il exerce ou non auprès du patient.

Pour satisfaire à l'obligation de certification périodique, les professionnels de santé concernés devront attester avoir réalisé, au cours d'une période de six ans, au moins deux actions prévues dans le ou les référentiels de certification définis à l'article L. 4022-7 applicables pour chacun des objectifs définis au I de l'article L. 4022-2., à savoir :

- 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;
- 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;
- 3° Améliorer la relation avec leurs patients ;
- 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle.

Des référentiels de certification périodique définissent, par profession ou spécialité, les actions mentionnées ci-dessus.

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu (DPC), de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

L'article L.4022-2 II du CSP précise à ce sujet qu'il revient à chaque professionnel de santé choisit, parmi les actions prévues au référentiel de certification périodique qui lui sont applicables, celles qu'il entend suivre ou réaliser au cours de la période de six ans.

Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur selon des modalités définies par décret.

Le décret publié ce 24 mars définit enfin la période de computation nécessaire au respect de l'obligation en distinguant les situations professionnelles qui ne permettent pas de réaliser les actions de manière continue au cours de la période de six ans.

Ainsi, la période de six ans au cours de laquelle le professionnel de santé doit satisfaire son obligation de certification périodique commence, pour tout nouvel exercice ou reprise d'exercice, à compter de la date d'inscription à l'ordre.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049314991>

➤ Proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture le 14 mars, à l'unanimité, une proposition de loi (PPL) visant à renforcer la sécurité des soignants, notamment en prenant des dispositions favorisant le dépôt de plainte.

Le but de cette proposition législative est de permettre l'inscription dans la loi de certaines mesures du plan du Gouvernement, dévoilé en septembre 2023, pour la sécurité des professionnels de santé.

Cette proposition porte une mesure phare : le droit pour l'employeur de porter plainte pour violences à la place d'un professionnel de santé ou d'un membre du personnel d'un établissement de santé ou d'autres établissements du monde de la santé, après avoir recueilli son consentement.

Il est prévu également l'extension du délit d'outrage aux professionnels de santé et de celle des circonstances aggravantes lorsque le délit est commis dans un établissement de santé ou dans d'autres établissements du monde de la santé.

Le texte est soumis dorénavant à l'approbation du Sénat.

Lien : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/renforcer_securite_professionnels_sante?etape=16-AN1

➤ **Expérimentation de la semaine de quatre jours dans la fonction publique**

Le développement d'horaires innovants, en particulier dans la perspective d'organiser le travail sous forme de semaine en quatre jours, est actuellement très débattu dans de nombreux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Dans cette perspective, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) vient de publier une note de cadrage afin d'accompagner le déploiement de ce qui reste pour l'heure une "expérimentation" dans la fonction publique.

Le versant hospitalier de la fonction publique peut bien évidemment s'en inspirer et suivre dès à présent les quelques établissements qui ont déjà sauté le pas.

Un premier bilan est attendu à l'été 2025 en vue d'une éventuelle pérennisation, voire une extension du dispositif, sinon même l'adoption d'autres formules de modulation comme la semaine alternée.

➤ **Fixation des tarifs des franchises et participations forfaitaires**

Deux décrets du 16 février, publiés au Journal officiel le 17 février, prévoient un nouveau montant de la participation forfaitaire sur les consultations et les actes médicaux, et le doublement des franchises médicales appliquées notamment aux médicaments et aux transports sanitaires.

Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont des sommes qui ne sont pas remboursables par les mutuelles et qui restent, sauf exceptions, à la charge de l'assuré.

Le montant des franchises médicales va doubler à partir du 31 mars 2024. Il sera alors de :

- 1 € sur les boîtes de médicaments contre 0,50 € jusque-là
- 1 € pour les actes effectués par un auxiliaire médical contre 0,50 € jusque-là ;
- 4 € sur les transports sanitaires contre 2 € jusque-là.

Aucune franchise médicale ne s'applique en revanche sur :

- les médicaments prescrits lors d'une hospitalisation ;
- les actes paramédicaux effectués lors d'une hospitalisation ;
- les transports d'urgence.

Le niveau du plafond journalier des franchises médicales évolue également ; il s'agit du montant maximum que l'utilisateur est susceptible de payer lorsqu'il est confronté à plusieurs actes médicaux au cours d'une même journée. Ce plafond ne concerne que les actes effectués

par un auxiliaire médical et les transports sanitaires. À partir du 31 mars 2024, le plafond journalier des franchises médicales sera de :

- 4 € sur les actes effectués par un ou plusieurs auxiliaires médicaux, contre 2 € jusque-là ;
- 8 € sur les transports sanitaires contre 4 € jusque-là.

Les plafonds annuels restent, pour leur part, inchangés. L'assuré n'aura pas à déboursier plus de 50 € par an pour les franchises médicales, ni pour les participations forfaitaires.

A noter que ces montants n'avaient pas été revalorisés depuis leur création en 2008 et 2004.

Ces franchises et participations forfaitaires sont applicables à l'ensemble des assurés, à l'exception des mineurs, des femmes qui bénéficient de l'assurance maternité, et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049155060>

L'équipe veille juridique de l'ANSFC