



édito

#MeToo santé : il était temps

«Ça» concerne le monde de la santé dans sa totalité. Tous les établissements : publics et privés, hôpitaux et cliniques, soins de suite et EHPAD. «Ça» concerne toutes les professions : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinés et autres. «Ça» concerne tous les moments de la vie : étudiants, entrants dans la vie active, salariés confirmés.

«Ça», c'est le mouvement #MeToohopital qui émerge donc enfin dans le monde de la santé - car il est évident qu'il ne se cantonne pas au seul hôpital ni à la dénonciation d'un médecin médiatique (Patrick Pelloux) par une médecin médiatique (Karine Lacombe).

De quoi, parle-t-on ? De propos graveleux, de gestes déplacés, d'attitudes inconvenantes. Et, parfois, d'agressions physiques ou de viols. Des actes qui sont, quel que soit leur niveau de gravité, dans la quasi-totalité des cas le fait d'hommes à l'encontre de femmes. Le tout, sur fond de ce qu'on pourrait appeler le «sexisme ordinaire», celui qui est tellement intégré par la population qu'il n'est même pas questionné. Un exemple, tiré d'une enquête réalisée en 2017 auprès de 3 000 futurs médecins : quand un interne entre dans une chambre, il est pris pour un infirmier dans 1,5% des cas. Quand c'est une interne, elle est prise pour une infirmière dans... 71,5% des cas.

Au-delà de ce sexisme ordinaire il y a tout le reste qui est connu, courant, quantifié même depuis des années. Le harcèlement par exemple : ces «propos ou comportements répétés à connotation sexuelle, à caractère dégradant ou humiliant» (telle est la définition légale du harcèlement

qui constitue, je le rappelle, un délit), près d'une étudiante en médecine sur deux le subit au cours de sa formation. A ma connaissance, aucune étude équivalente n'a été réalisée auprès des élèves infirmières ou aides-soignantes, mais rien ne permet de penser que les chiffres seraient très différents.

Car des harceleurs, on en trouve partout. Selon l'enquête mentionnée plus haut, c'est dans 50% des cas un médecin (et le chef de service dans 10%) ; un collègue masculin dans 28% des cas ; dans 15% un autre professionnel de santé ; et un patient (ou un membre de son entourage) dans 9% des cas. Des faits qui ne sont signalés qu'une fois sur six, que ce soit par peur des retombées possibles ou par conviction que ça ne servirait à rien (respectivement 24 et 38%).

Voilà qui explique sans doute pourquoi le mouvement #MeToo a mis si longtemps à émerger à l'hôpital et plus généralement dans l'ensemble des structures de santé. Sur ces enjeux, il règne aujourd'hui encore une omerta quasi générale. Le fameux «esprit carabin» n'est pas tout à fait mort. Les directions d'établissements sont mal à l'aise avec le sujet. Les professionnels rechignent à se dénoncer entre eux. D'autant qu'à l'échelle individuelle, le risque est réel pour celui ou celle «par qui le scandale arrive», notamment en termes de carrière future.

Heureusement, les temps changent. La législation avance. Les comportements évoluent peu à peu. La parole se libère. Pas toujours, pas chez tou(te)s, mais le mouvement est amorcé. Qui oserait le déplorer ?

Roumanie

Alec GUIRAL
ACSANTIS

Chaque année, environ 300 jeunes Français choisissent d'étudier la médecine en Roumanie. Mais combien reviennent en France pour exercer ?

Un reportage sur France Inter diffusé fin mars a abordé cette question, mettant en lumière les intentions de deux étudiants de retourner en France après leurs études. Marc-Antoine envisage de devenir médecin généraliste en zone rurale, constatant une pénurie croissante de professionnels dans sa région d'origine. De même, Chloé souligne les obstacles pour les étudiants revenant de Roumanie pour passer le concours de l'internat en France. Gilles Noël de l'AMRF déplore que beaucoup finissent par exercer à l'étranger. Une étude commanditée par l'AMRF et réalisée par le cabinet Acsantis vise à comprendre comment inciter ces étudiants à revenir en France, en particulier dans les zones déficitaires. Près de 300 étudiants ont répondu à l'enquête, et 60% ont exprimé leur intérêt pour s'installer dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) en France. Les résultats sont disponibles en ligne :

https://drive.google.com/file/d/1WG-DR3mOsBHjzTsWN1MKe3ZD_MYJxllsg/view?usp=sharing



Vincent Olivier

De l'air pour les mutuelles

Une force de l'organisation de notre offre de soins est la coexistence de secteurs privé (lucratif ou non) et public. Ce modèle dual existe aussi, depuis 1945, pour le financement des dépenses de santé : le régime obligatoire (RO) en est le 1er payeur (79,6% en 2022) devant les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam ; 12,6%) ; ce qui nous permet de figurer en tête des pays de l'OCDE où le reste à charge des ménages est le plus bas (7,2%).

L'étatisation du financement du système de santé, une impasse certaine

Pourtant, en janvier 2022 un rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie présentait à la demande du gouvernement 4 déclinaisons d'un même scénario d'étatisation complète du financement des dépenses de santé. Avec deux principaux arguments : un meilleur accès aux soins pour tous et la réalisation de 7,5 Mds € d'économies par la disparition des frais généraux des Ocam.

Alors que le déficit du RO est prévu à 10,5 Mds € en 2024 et 11,5 Mds € en 2025 et que la Cades doit encore amortir 145,1 Mds € de dette sociale.

Alors que le Président de la République a récusé ces propositions, la « Grande Sécu »

continue d'être largement promue (ministère de la Santé, Cnam, Parlement) comme actuellement au Sénat.

Cette proposition constitue une impasse en raison de sa vision « rétroviseur » et l'absence totale de prise en compte des dynamiques (technologiques, organisationnelles, ...) en cours de l'évolution des besoins de la population et des dépenses de santé.

Le statut quo n'est plus possible

Les enjeux du système de santé dans sa globalité donnent une tout autre perspective, sans commune mesure avec 7,5 Mds € de coût de gestion des Ocam. Nous retiendrons :

- L'adaptation de l'offre de soins à la transition épidémiologique : les maladies chroniques sont la 1ère cause de mortalité et concentrent plus de 65% des dépenses après que le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) a augmenté de +50% entre 2008 et 2022
- La mise en place d'une politique nationale de prévention visant notamment à lutter contre la mortalité évitable, une des plus élevée parmi les pays européens
- Le rattrapage en santé mentale (1er poste de dépenses de l'assurance maladie par pathologie)
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui s'accroissent continument.

Comment un encadrement encore plus resserré des Ocam voire leur disparition permettrait au RO de mieux adresser ces enjeux qu'il peine tant à faire seul depuis des décennies ?

Pour sortir du statut quo plusieurs pistes mériteraient d'être approfondies

Les Ocam financent près de la moitié des dépenses de soins de ville pour 85% de la population hors ALD. A ce titre, ils pourraient contribuer à la refonte de l'offre de soins de premiers recours : organisation de parcours gradués selon les besoins, inclusion des psychologues, articulation avec l'hôpital pour un vrai suivi des hospitalisations, développement de la télémédecine.

Les Ocam sont le premier financeur des dépenses optique, dentaire et audio prothétique. Les mobiliser sur des objectifs de santé publique constituerait un levier fort dans l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins (aucun pays en Europe n'atteint notre

taux de recours à la chirurgie de la cataracte).

Concernant les ALD, certes financées par le RO, le coût de ces patients pour les Ocam est en moyenne deux fois plus élevé que celui des autres assurés. Pour deux raisons principales : plus fragiles, ces patients sont plus atteints d'autres pathologies hors ALD et, dans le cadre de leur(s) ALD, beaucoup de dépenses ne sont pas prises en charge par le RO : dépassement d'honoraires, chambre particulière à l'hôpital, soins de support en ville, ... Or le nombre de personnes en ALD devrait augmenter encore plus fortement dans les 2 prochaines décennies en raison du vieillissement de la population et faute d'une politique active de prévention primaire (au moins 40% de ces maladies seraient évitables par des changements de comportements). Là aussi, nombreux sont les domaines d'articulation entre RO et Ocam à explorer pour mieux accompagner ces personnes.

Ces enjeux vont bien au-delà des 7,5 Mds € de coûts de gestion des Ocam ! Si la cohabitation des deux régimes obligatoire et complémentaire n'apporte aujourd'hui pas assez de valeur et génère des coûts de gestion trop importants, ce n'est certainement pas en supprimant le plus petit des deux que le plus gros sera plus performant. Au contraire, c'est en obligeant les deux régimes à organiser leur complémentarité et à se coordonner.

Olivier Milcamps,

Directeur Etudes et Prospective Assurance – Harmonie Mutuelle
Ces propos n'engagent que leur auteur

Le contrat responsable

Depuis 2004, un panier minimum de garanties des Ocam est défini par le contrat responsable : ticket modérateur des dépenses de ville, tarif journalier hospitalier, ... et depuis 2019 le 100% santé (optique, dentaire et audiprothèse).

Ce contrat a été instauré pour empêcher les Ocam de contrarier la mise en place du parcours de soins et du médecin traitant. Aujourd'hui, ces obligations de remboursement représentent entre 45% et 60% des prestations des Ocam, soit une limitation très forte de leur capacité d'innovation.

interview

Questions / réponses à...

Frédéric le Guillou, Président de santé respiratoire France



Le 18 avril dernier s'est tenu le 3^e colloque du collectif des Etats Généraux de la Santé Respiratoire, préparé par 27 organisations de patients, d'usagers et de professionnels de santé. Parmi celles-ci, une association porte la voix de 10 millions de Français. Cela nous a incité à mieux la connaître en interviewant M Frédéric LE GUILLOU, Président de SANTE RESPIRATOIRE FRANCE.

2003

création

5 000

adhérents

12 000

followers

3 000

abonnés

Quelles sont les pathologies respiratoires cibles de SANTE RESPIRATOIRE FRANCE ?

Nous voulons agir pour l'ensemble des maladies respiratoires chroniques telles que l'**apnée du sommeil** (6 millions de personnes concernées en France), la **BPCO** (5 millions), l'**asthme** (4 millions), l'**insuffisance respiratoire** (130 000 patients), la **tuberculose**, les **maladies allergiques** (qui concernent 30 % de la population), mais aussi les maladies pulmonaires rares comme la **fibrose pulmonaire idiopathique** (environ 4000 nouveaux cas par an), la **mucoviscidose** (1 cas sur 4500 naissances)... Toutes ces pathologies représentent la 6^e cause de mortalité en France et sont en constante augmentation en lien avec l'environnement, les modes de vie...

Comment est organisée SANTE RESPIRATOIRE FRANCE ?

Créée en 2003, axée sur la BPCO, notre association s'est élargie à l'ensemble des maladies respiratoires en 2019 et rassemble aujourd'hui **5 000 adhérents** (3 230 patients, aidants, associations et 1 770 professionnels de santé, réunis par une charte éthique de partenariat), plus de 12 000 followers sur les réseaux sociaux et plus de 3000 abonnés à notre newsletter mensuelle.

La gouvernance, élue tous les 3 ans, est assurée par **5 personnes autour du Président et des 2 Vice-Présidents** ; elle s'appuie sur une équipe opérationnelle de **6 personnes et 13 référents locaux dans les différentes régions**.

Santé respiratoire France est un interlocuteur reconnu et partenaire des pouvoirs publics : **HAS** (ex. guide parcours de soins BPCO), **ANSM**, **Ministère chargé de la Santé** et de la **Prévention**, **Cour des Comptes**, **Health Data Hub**.

Notre objectif est la prise de conscience collective en faveur des **droits des patients** et le **droit à une santé environnementale**, l'**amélioration de la prise en soins**, mais également de la qualité de vie de toutes les personnes touchées par les maladies respiratoires chroniques et celle de leurs proches aidants. Le défi est de leur permettre de vivre comme les autres, quelle que soit leur maladie respiratoire et ce, à tous les stades de la maladie.

Quelles actions menez-vous dans ce but ?

Nous alertons par l'organisation de **rencontres annuelles au Sénat**, afin de débattre et proposer des pistes de réflexion et d'action. C'est un **moment clé pour faire connaître et reconnaître les maladies respiratoires chroniques** auprès des

pouvoirs publics et des institutions de santé.

Nous proposons en particulier de :

- Inclure l'**activité physique** adaptée dans le parcours de soin et de mettre en place son financement,
- Développer la **télesurveillance** chez les patients insuffisants respiratoires, pour un meilleur suivi et contrôle de leur maladie, complémentaire à la prise en charge en présentiel.
- Soutenir la reconnaissance et le déploiement des **conseillers en environnement intérieur** (CEI)
- Promouvoir une **réadaptation respiratoire en ambulatoire**, personnalisée, multidisciplinaire et intégrée dans le quotidien des patients et des aidants.
- Soutenir la **conception et l'expérimentation de solutions numériques innovantes** (télémédecine, objets connectés, etc.) à l'utilité avérée et leur intégration dans le suivi et le parcours du patient.

Nous avons des **actions de plaidoyers** concernant, par exemple en 2023, la prévention des infections à VRS tout au long de la vie (table ronde), la réforme des pensions d'invalidité ou l'allocation pour adultes handicapés (presse), et des **actions collectives** comme les Etats généraux de la Santé Respiratoire ou notre participation à l'Alliance contre le tabac.

Dès 2018, nous avons fondé « **Respi lab** », un espace de co-construction de savoirs, de services, d'innovations valorisant l'expérience acquise par les patients à partir de leur propre vécu (enquêtes, groupe de discussion), en les intégrant pleinement dans la conception de solutions destinées à améliorer leur quotidien et leur qualité de vie.

Nous accompagnons également la formation des **patients experts**.

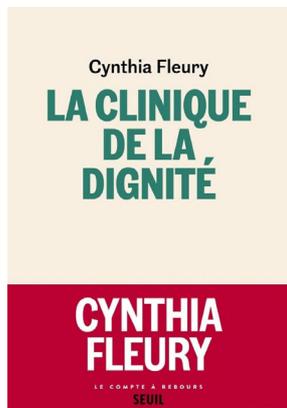
Enfin, « **Respir'Agora** », plateforme en ligne, met en contact et favorise les échanges entre patients, aidants (y compris avec des web-series : comment je gère mon souffle, mon stress...) et « **Respirez'Golf** » permet la lutte contre l'isolement social en encourageant à la pratique d'une activité physique adaptée.

Propos recueillis par Gérard Mathieu et Anne de Boismenu

regards

La clinique de la dignité

de Cynthia Fleury, Collection le Compte à Rebours, Edition du Seuil, Aout 2023, 212 p.



Cynthia Fleury est psychanalyste et philosophe. Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, elle dirige aussi la chaire de philosophie à l'Hôpital Sainte-Anne. Elle a déjà publié de nombreux ouvrages et en particulier dans la collection des Tracts de Gallimard en 2019 « Le soin est un humanisme ».

La dignité devient aujourd'hui un impératif dans un certain nombre de mouvements sociaux. La dignité en vient à être considérée comme la synthèse de notre devise nationale.

Elle est aussi un critère d'évaluation des institutions en particulier de soins. La dimension polysémique de la dignité veut tous les acteurs soignants comme soignés en sont « coresponsables ». Ma dignité commence avec la tienne. Cynthia Fleury dans cet ouvrage dénonce ces atteintes à la dignité. Elle nous enjoint ainsi à une plus grande vigilance à son égard. Quelle peut être notre dignité quand elle se trouve atteinte ou même bafouée en prison, en EHPAD ou dans les hôpitaux ? La dignité du care doit faire l'objet de toutes nos attentions humanistes, politiques et spirituelles.

Cet ouvrage est poursuivi par quatre contributions avec des regards différents en particulier celle de Claire Hédon, Défenseur des Droits et ancienne présidente d'ATD Quart Monde.

Bertrand Galichon



Si vous lisez cette Newsletter, c'est que vous faites partie de Coopération Santé.

Et si vous en faites partie, c'est que vous êtes forcément intéressé(e) par ses activités, et que vous souhaitez contribuer à sa notoriété !

Alors, qu'attendez-vous ?

Rejoignez nos 1200 abonnés sur LinkedIn pour suivre l'ensemble des publications de Coopération Santé.

Coopération Santé a lancé 4 Groupes de travail thématiques

- Affaires Publiques.
- Nouveaux contenus, nouveaux formats de communication.
- Attractivité de nouveaux adhérents.
- Grand colloque 2025, avec un thème autour de ce que la France fait de mieux en santé.

Vous pouvez encore vous inscrire à ces groupes de travail en envoyant un mail à annedeboismenu@cooperationsante.fr



L'intelligence au service de la santé

Palais du Luxembourg - Restaurant du Sénat
15 ter, rue de Vaugirard - Paris 6ème

Programme des soirées débat « Mardis de Coopération Santé »

agenda

18 juin 2024 : Intelligence, compétences et formation

Pr Patrick Plaisance, MD, PhD - Chef de la Fédération des Urgences (Service des Urgences - SMUR - Policlinique) Hôpital Lariboisière - APHP et Dr Côme Bomnier, MD PhD, CCA d'Hémo- Oncologie à l'Hôpital Saint-Louis - AP HP, Rédacteur du journal Ethics Medicine and Public Health

24 septembre 2024 : Intelligence et santé globale

Pr Bruno Crestani, Pneumologue Université Paris 7 Hôpital Bichat APHP, Président de la Fondation du Souffle - une Directrice d'ARS*

15 octobre 2024 : L'IA est-elle vraiment intelligente ?

Dr Loïc Etienne, Médecin Urgentiste, Fondateur de MedVir et Bénédicte Colnet*, Mathématicienne, Cheffe du Bureau des Produits de Santé à la Direction de la Sécurité Sociale, membre des Ateliers Mercure.

26 novembre 2024 : Intelligence, information et responsabilité individuelle

Réponses avec Joëlle Barral*, Directrice de la Recherche en IA de Google.

* Intervenants pressentis

26 juin

Assemblée Générale de Coopération Santé

agenda

18h00

Assemblée Générale de Coopération Santé

19h00



Intervention d'Aurélien Rousseau, ancien Ministre de la Santé et de la Prévention.

Il nous fera l'honneur d'intervenir sur « le rôle des élus et acteurs locaux dans l'offre de soins »

20h00

Cocktail dînatoire

Nous serons accueillis chez notre adhérent Unéo - 48, rue Barbès à Montrouge (92120).

Réponse souhaitée avant le 17 juin.