

SANTÉ EN 3D

Témoignage

La démocratie en santé dans toutes ses dimensions

membre du Groupe de travail régional Expression Directe

Num 03

"Quand on ne peut pas se soigner, on baisse les bras et on se dit que ça attendra"

Agnès Lisse -Lacroix

Conférence-débat
"Les Inégalité Territoriales en Santé, comment les réduire ?"

Un escape game sur le droit des patients aux HCL
p. 20

"Pas d'alcool sur le chemin de l'école"
5 associations portent plainte contre la RATP
p. 26

"Les CTS n'ont pas les moyens des ambitions qu'on leur prête"
p. 28

SOMMAIRE +

03.

Point de vue

Edito

La santé, un droit fondamental !



Par François Blanchardon

05.

En Bref

Les "Tops & Flops" de la démocratie en santé

07.

En vue

Agenda

09.

En perspective

Retour sur la conférence-débat du 6 juin 2024

Les inégalités territoriales en santé, comment les réduire ?



13.

Panoramique

Dossier

Crise à l'hôpital ?

Entretiens avec Jean Louis Tourraine (FHF), Thibaut Steinmetz (association des internes), Bénédicte Carrion (RU dans l'Allier)

19.

Tour d'Horizon

L'actualité régionale des acteurs de la démocratie en santé

- + Un escape game sur les droits des patients aux HCL
- + Un appel à projet pour promouvoir la démocratie en santé porté par l'ARS et la CRSA
- + Les rencontres ONCO AURA : une organisation qui associe tous les usagers

23.

Projection(s)

Les usagers acteurs de la santé

- + Dans l'Ain, des associations se mobilisent pour le bon fonctionnement des CVS
- + Représentation des usagers au sein des CTS : à chacun sa place
- + "Pas d'alcool sur le chemin de l'école" 5 associations portent plainte contre la RATP

28.

Contrechamps

Interview

Eric Mathelet, président du CTS de Haute-Loire



Les CTS sont une maille territoriale pertinente... mais qui n'a pas les moyens des ambitions qu'on lui prête

32.

Culture Commune

BD "EndoGirls"

« Temps d'arrêt » : une collection dont il y a tant besoin...

Film "Un petit truc en plus"

Exposition : "Microbiote, un partenaire de votre santé"

POINT DE VUE +

EDITO

« Dans une société où la santé est souvent considérée comme un droit fondamental, l'accès aux soins devrait être universel et équitable.

Pourtant la réalité est bien différente ! »

POINT DE VUE



La santé, un droit fondamental !



Dans une société où la santé est souvent considérée comme un droit fondamental, l'accès aux soins devrait être universel et équitable. Pourtant la réalité est bien différente. De nombreuses personnes, qu'elles vivent dans des zones rurales isolées ou dans des quartiers urbains défavorisés, rencontrent des obstacles pour accéder à des services de santé de qualité. Les délais d'attente, le manque de personnel médical, les coûts élevés sont autant de barrières qui empêchent trop d'usagers à recevoir les soins dont ils ont besoin.

L'accès pour toutes et tous à des soins de proximité et mieux adaptés aux réalités et aux besoins est une priorité absolue. Le niveau de revenus, le lieu de résidence, l'état de santé physique et mentale, la situation administrative, le niveau d'équipement numérique... ne doivent plus être un frein à l'accès aux soins ou sources de discriminations.

Les représentants des usagers et des associations de France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes ont participé à une enquête en ligne qui confirme que les difficultés d'accès aux soins sont une réalité sur l'ensemble du territoire régional, générant pour les usagers les plus fragiles refus et renoncement aux soins. Pour progresser dans la réflexion sur ce sujet complexe, le croisement des regards est un levier puissant : je remercie ici l'IFROSS et le CRDMS de nous avoir accompagné dans l'organisation de la conférence-débat du 6 juin qui a permis cette confrontation des points de vue entre professionnels, institutionnels, usagers et monde académique. Intitulée «Inégalités territoriales en santé : comment les réduire ?», vous en trouverez une restitution dans ces pages.

Aux difficultés d'accès territoriaux s'ajoute également la hausse sensible des dépassements d'honoraires et des cotisations des complémentaires santé. Les populations les plus fragiles sont de plus en plus concernées par les menaces qui pèsent sur leur prise en charge.

Tous les acteurs doivent être mobilisés pour apporter les bonnes réponses face à ces situations. C'est un des objectifs des instances de démocratie en santé dont le conseil territorial de santé, instance locale de concertation et de coordination dans le domaine de la santé. Il a été institué pour permettre une meilleure organisation et une meilleure réponse aux besoins de santé de la population sur son territoire. La loi Valletoux prévoit un renforcement de son rôle et de ses objectifs. Nous serons vigilants à voir comment cette loi est mise en place à la suite des élections législatives et quels sont les moyens qui permettront un travail de qualité.

La fin de la précédente législature a *de facto* tiré un trait sur nombre de projets de loi en discussion et de réformes prévues dans le domaine de la santé. Pour autant, les préoccupations demeurent, tout comme les aspirations sociétales, ainsi qu'en ont fait la démonstration les deux semaines d'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des personnes malades et de la fin de vie.

Je vous invite à découvrir ce qui fait l'actualité de la démocratie en santé dans notre région à travers votre magazine santé en 3D...



Par François Blanchardon
Président de France Assos Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

EN BREF +

LES TOPS & FLOPS DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Loin d'être juste un concept, la démocratie en santé vit et s'exprime à travers des événements, des décisions, des projets voire des nominations pour le meilleur et parfois... pour le pire ! Retrouvez dans cette rubrique les faits d'actu qui ont éveillé la curiosité de nos rédacteurs. Entre un froncement de sourcil ou un sourire esquissé, il n'y a parfois qu'un top ou un flop que l'on vous invite à découvrir dans cette rubrique. Second degré de rigueur... ou pas !

LES TOPS & FLOPS DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ SUR NOTRE RÉGION

Derrière François Blanchardon, une légion de RU...



Le 21 mai dernier, François Blanchardon, président de la délégation Auvergne-Rhône-Alpes de France Assos Santé et vice-président de l'association AFA Crohn RCH, s'est vu remettre les insignes de Chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur. Accueilli par Grégory Doucet, maire de Lyon et président du Conseil de surveillance des Hospices Civils de Lyon, c'est ensuite Raymond Le Moign, directeur général des HCL qui a pris la parole avant que Jacqueline De Chiffreville, présidente du Comité 2 « cœur de Lyon LH », ne lui remette les insignes de Chevalier. A travers cette récompense, François Blanchardon a tenu à souligner que c'était le parcours associatif et l'engagement des centaines de RU de la région au service des droits des usagers qui étaient reconnus.



Pour une autre rencontre entre étudiants.es en médecine et patients hospitalisés.es



Mohamad Kanjo, étudiant en 2ème année de la faculté de médecine de Lyon et l'association VMEH (Visite des malades dans les établissements hospitaliers) du Rhône, proposent, depuis avril 2024, des rencontres entre étudiants et personnes hospitalisées. Un échange « gagnant – gagnant » : pour les patients, cela permet de rompre l'isolement en discutant ou jouant avec un étudiant formé par l'association VMEH. Pour l'étudiant, c'est l'occasion d'une rencontre et d'une expérience unique qu'il n'est pas possible d'avoir sur les bancs de la fac.

Santé mentale des personnes vulnérables : dans le Rhône, une charte pour prévenir des ruptures de parcours



Le 24 avril, les représentants du service public hospitalier de la psychiatrie et des associations intervenant dans les dispositifs «Accueil, hébergement, insertion» des personnes précaires et en demande d'asile (DNA) se sont réunis sous l'égide de l'Agence régionale de santé, du projet territorial de santé mentale du Rhône (PTSM) et des services de l'Etat. Ensemble, ces acteurs ont élaboré une charte de bonnes pratiques et de collaboration en faveur des personnes vulnérables et en situation de précarité. L'objectif : éviter les ruptures dans les parcours de vie et améliorer la communication entre les différents interlocuteurs. Un bon point pour la santé mentale de personnes trop souvent fragilisées par des situations de précarité.

En Auvergne-Rhône-Alpes, pas de recherche sur les soins de ville... sans patients



L'URPS médecins libéraux (ML) Auvergne-Rhône-Alpes a lancé un « laboratoire participatif » de recherche en santé pour mettre en lien médecins libéraux et chercheurs. Le constat de départ : ces médecins sont confrontés à des problématiques dans leur quotidien sur lesquelles seule une équipe de recherche peut se pencher. Il s'agit de relier ces deux mondes afin de créer des recherches spécifiques aux problématiques relevées par les médecins et les patients en ville. Dès son lancement, l'URPS ML a souhaité associer des usagers à son Comité scientifique pour participer aux choix des études à mener et donner leur point de vue en tant qu'utilisateur. Fin mars, elle s'est adressée à France Assos Santé qui a donc désigné trois représentants pour ce laboratoire qui mobilise déjà deux équipes de l'INSERM.

EN VUE +

AGENDA

La démocratie en santé s'exprime à travers de multiples événements qui, autour d'un même sujet, convie les acteurs de la santé.

Tour d'horizon de quelques événements à venir dans les prochains mois sur notre région.

SEPT.

Du 16 au 20 septembre



SEMAINE NATIONALE DE LA SÉCURITÉ PATIENT

En 2024, la semaine nationale sur la sécurité des patients (SSP) se tiendra du 16 au 20 septembre sur le thème «améliorer le diagnostic pour la sécurité des patients».

[Plus d'informations en ligne](#)

Du 25 au 27 septembre

25 - 26 - 27 SEPT.2024

4^E COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LE PARTENARIAT DE SOIN AVEC LES PATIENTS



4^E ÉDITION DU COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LE PARTENARIAT PATIENT

La 4^e édition se prépare à Lyon, Clermont Ferrand, Vienne et Grenoble. Programmation détaillée en ligne sur le site de l'événement :

[Plus d'informations en ligne](#)

OCT.

4 octobre

LA MÉTROPOLE AIDANTE ORGANISE SA CINQUIÈME ÉDITION DE LA JOURNÉE NATIONALE DES AIDANTS

Pour la deuxième année consécutive, les 180 membres du collectif métropole aidante se réunissent pour la Journée Nationale des aidants afin de présenter au grand public l'offre de répit et de soutien aux aidants existante au sein du territoire de la métropole de Lyon.

Rendez-vous à l'Hôtel de la Métropole de Lyon, 20 rue du Lac, 69003 Lyon.

[Plus d'informations en ligne](#)

12 octobre



JOURNÉE RÉGIONALE DE L'EXERCICE COORDONNÉ

A Saint Etienne, aura lieu la journée régionale de l'exercice coordonné organisée par la FemasAURA&Co, à cet occasion plusieurs ateliers autour du lien entre la qualité et l'exercice coordonné.

[Pour consulter le programme](#)

Du 16 au 18 octobre

ENTRETIENS JACQUES CARTIER

Les Entretiens Jacques Cartier reviennent pour une 36^e édition les 16, 17 et 18 octobre 2024 à Montréal, Sherbrooke, Québec et Ottawa ! François Blanchardon, président de France Assos Santé, a été invité comme intervenant, sur la journée du 17 octobre.

[Plus d'informations en ligne](#)

NOV.

20 novembre

CONFÉRENCE-DÉBAT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



En 2024, la délégation Auvergne-Rhône-Alpes de France Assos Santé propose un cycle de 2 conférences sur le thème des inégalités de santé sur la région. La prochaine conférence aura lieu le Mercredi 20 novembre au Centre Diocésain de Pastoral à Clermont Ferrand. Ce sont les inégalités sociales qui seront abordées.

EN PERSPECTIVE +

« INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ : COMMENT LES RÉDUIRE ? »

Deux fois par an, la délégation Auvergne-Rhône-Alpes de France Assos Santé convie tous les acteurs du système de santé pour débattre autour d'un sujet d'actualité.

Retour sur l'événement du 6 juin organisé pour la première fois avec le soutien de l'IFROSS et du CRDMS.



« INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ : COMMENT LES RÉDUIRE ? »

« Inégalités territoriales de santé : comment les réduire ?

En partenariat avec l'Institut de formation et de recherche des organisations sanitaires et sociales (IFROSS) et le Centre de recherche en droit et management des services de santé (CRDMS) de l'Université Lyon III - Jean Moulin, France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes a organisé une conférence-débat intitulée «Les inégalités territoriales de santé : comment les réduire ? ». Plus de 130 personnes étaient présentes dans l'amphithéâtre de la Maison des Langues et des Cultures et 50 autres ont pu suivre la conférence à distance.

Le replay est disponible [ICI](#)

Jean-Baptiste Capgras, directeur de l'IFROSS, souligne que le partenariat avec France Assos Santé s'inscrit dans le mandat de l'Institut, qui vise à faire résonner des voix plurielles au sein de l'écosystème de la santé : usagers, patients, professionnels de santé, chercheurs, institutions, ancrées dans les réalités de terrains variées mais avec un même enjeu : l'accompagnement, la prise en charge, et le soin des personnes.

François Blanchardon, président de France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes, rappelle que la délégation se mobilise dans le débat public pour faire entendre la voix des usagers et défendre leurs droits. **Le premier d'entre eux est l'égalité de tous dans l'accès aux soins sur tout le territoire.**

Plusieurs leviers d'actions complémentaires mais questionnés:

- **Former davantage de professionnels de santé.** Aujourd'hui, on constate une augmentation des capacités de formation mais avec des limites : l'hôpital est-il en capacité de former des médecins et les autres professions de santé ? Maxime Bertolini, Coordinateur du Pôle de santé inter-professionnel de Saint Martin d'Hères, Femasaura and Co, rappelle que la formation des étudiants a lieu surtout en grands centres urbains et que potentiellement les futurs médecins y font leur vie pendant leurs études : comment avoir des médecins formés et vivant dans des zones péri-urbaines ou rurales ensuite ?

- **Réguler l'installation** soit en imposant l'installation (en 2027, les kinés devront exercer en zone sous dotées 2 ans avant de pouvoir s'installer où ils le souhaitent,

soit en régulant le conventionnement selon si les professionnels sont situés ou non dans les zones bien dotées.

Les nouveaux enjeux de l'accès aux soins invitent forcément à un changement de mentalité quant à la conception de l'accès aux soins et à la médecine, tant pour les usagers que pour les professionnels. Un professionnel de santé n'ira pas s'installer dans les zones où il manque des services.

Enfin, les compétences évoluent (ex: dépistage des angines en pharmacie) et de nouveaux métiers apparaissent comme les IPA, Infirmières en Pratiques Avancées, avec des enjeux liés à l'acceptation de leur valorisation, d'une nouvelle répartition des tâches et des délégations.

L'enjeu aussi se situe dans le domaine de la prévention car plus de prévention aujourd'hui c'est moins de soins nécessaires demain. Daniel Bideau, vice-Président et animateur du réseau santé pour UFC Que Choisir, plaide pour permettre à la prévention d'exister davantage : « il ne s'agit pas seulement de guérir mais de mieux vivre ».

Inégalités territoriales de santé, non-recours aux soins et dégradation de la santé : le témoignage d'Agnès Lisse-Lacroix

Agnès Lisse-Lacroix, usagère du système de santé, raconte comment, après un infarctus, ses difficultés d'accès à des soins adaptés l'ont menée progressivement à une dégradation de sa santé physique, de sa situation sociale (perte d'emploi, RSA) avec un impact fort sur sa santé. L'absence de spécialiste à proximité a provoqué des situations intenable : refus de prise en charge du transport par la CPAM pour consulter son cardiologue à Clermont-Ferrand, impossibilité de faire de la rééducation cardiaque localement. D'autres soins nécessaires ont tardé : refus de soins dentaires du fait d'être à la C2S, la Complémentaire Santé Solidaire (ex : sur-devis refusé par la CPAM[1], temps d'attente décourageant pour accéder à un dentiste ou éloignement des lieux de consultations, d'où un abandon de soin). Avec l'accompagnement d'une structure d'insertion sociale, elle a pu « trouver du soutien avant de tomber complétement au fond du trou » : « Quand on ne peut pas forcément se soigner comme on veut, tout en découle : on baisse les bras, on n'a plus le moral, on se dit qu'on ne souffre pas au point d'être à l'article de la mort alors ça attendra... Le problème, c'est que pendant tout ce temps-là, la situation se dégrade ».

Agnès souligne que les inégalités territoriales vont de pair avec les inégalités sociales. Elle est favorable à une attractivité renforcée pour les métiers médicaux mais souhaite la mise en place d'une d'obligation pour les jeunes professionnels à s'installer sur les territoires les plus défavorisés.

L'exercice coordonné : une réponse pertinente à l'échelle d'un territoire

Rébecca Raynaud, sous-directrice et Responsable de la mission de coordination régionale de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude à la DRSM[2] Auvergne-Rhône-Alpes, rappelle que les pouvoirs publics acceptent de financer l'exercice coordonné avec des

contreparties : exigences d'accès aux soins, développement de projet de santé sur les territoires selon les besoins, développement d'un parcours de l'usager, lien ville-hôpital, en mobilisant tous les professionnels et pas uniquement le médecin traitant.

Guillaume Rousset, enseignant-chercheur en droit à l'IFROSS et directeur du CRDMS, rappelle que **l'exercice coordonné relève surtout d'un état d'esprit** et n'est pas un simple exercice en groupe, de coexistence de professionnels sur un même lieu. La caractéristique des MSP, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, est **l'existence d'un véritable projet local de santé commun** co-élaboré en pluriprofessionnalité et en pluridisciplinarité : médical et paramédical ou autres. Les MSP sont un de outils pour lutter contre les Inégalités Territoriales en Santé (ITS) mais qu'elles ne pourraient pas exister sans le support, y compris financier, des pouvoirs publics.

Selon Maxime Bertolini, pour que l'exercice coordonné puisse lutter efficacement contre les ITS il faut :

- Un changement de posture des professionnels qui ne doivent pas travailler à côté des uns des autres mais ensemble. Cela nécessite un investissement, une motivation personnelle forte car « monter une MSP est un travail en soi », avec un fonctionnement qui ne conviendra pas à tous.
- Être à l'écoute des besoins du territoire et se remettre en question

Daniel Bideau souligne l'importance de **partir des besoins des usagers de manière prioritaire et non des besoins des professionnels** entendus davantage et plus fortement. Il regrette qu'il n'y ait pas de réelle coordination de la politique territoriale de santé, notamment dans la création et le déploiement coordonné des structures qui, si elles ne sont pas déployées aux bons endroits avec les moyens nécessaires vont créer davantage d'inégalités : les communes les plus riches pourront avoir de meilleurs soins pour leurs administrés. Madame Raynaud reconnaît que le millefeuille administratif, l'éparpillement des compétences coûtent à la société, avec parfois des logiques concurrentielles et non complémentaires au détriment du public.

Les outils des pouvoirs publics pour réguler l'offre de soins : entre accompagnement, coercition et incitation.

Guillaume Rousset évoque trois outils à disposition des pouvoirs publics :

- **l'accompagnement** à l'exercice coordonné : soutien des pouvoirs publics y compris financiers pour ces structures dédiées.
- **l'incitation** : pour faire venir des professionnels de santé sur un territoire en jouant sur la « motivation » : aides matérielles, financières. Cela reste insuffisant pour décider d'un choix de lieu de vie. Si elle concilie accès aux soins et liberté d'installation, cette solution, facile politiquement, reste coûteuse. « La Cour des Comptes le dit régulièrement ça ne marche pas ou peu par rapport à l'argent public investi ».
- **la coercition** : qui existe déjà pour certaines professions de santé, lorsque les professionnels de santé sont « incités » à venir s'installer avec par exemple le conventionnement sélectif ou des installations soumises à autorisation. La patientèle des professionnels libéraux étant solvabilisée par les pouvoirs publics, il ne serait pas totalement incompréhensible que ces derniers demandent, voir imposent une installation sur certains territoires. Mais, la coercition est beaucoup plus compliquée à mettre en œuvre politiquement, et la remise en cause de la liberté d'installation pourrait aboutir à un effet inverse : de moins en moins de professionnels libéraux, de généralistes attirés par le métier, et une raréfaction des professionnels.



[1] Caisse primaire d'assurance maladie
[2] Direction régionale du service médical

Rébecca Raynaud rappelle le choix politique de l'incitation plutôt que la coercition. La convention médicale récemment signée entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins a été renouvelée à condition que les médecins jouent le jeu de la délégation de tâches et avec des contreparties : augmentation de la file active de médecins traitants, révision des pratiques médicales. Daniel Bideau regrette le manque d'orientation vers les IPA par certains médecins libéraux et un modèle économique fragile qui décourage les plus motivés. Il évoque comme outil de **régulation de l'offre un conventionnement territorialisé en fonction des zones selon qu'elles soient sous-dotées ou sur-dotées** tout en tenant compte de spécificités urbaines de certains quartiers où l'accès aux soins est difficile. Il revendique une médecine à la personne et non plus à l'acte, qui associerait également la prévention et le traitement dans la durée en complément de structures de soins curatifs et ce, à tout âge. La prévention nécessite un courage politique et un financement public fort.

La place des usagers dans ces organisations ? Un véritable enjeu de démocratie sanitaire.

A l'échelle locale, les contrats locaux de santé (CLS), sont portés par les collectivités locales avec le soutien de l'ARS : ils rassemblent des acteurs directs (professionnels des établissements de santé) et des acteurs indirects (associations, le médico-social, les institutions...).

Anna Gousset-Jamo (coordinatrice du CLS de Clermont-Ferrand) souligne que la participation des usagers s'impose comme une évidence notamment en les associant dans les instances de gouvernance du CLS pour travailler à son cadrage et son pilotage. La ville de Clermont a mis en place **un observatoire citoyen des transitions** pour suivre et évaluer les projets de politique de la ville, y compris les sujets de santé.

Anna Gousset-Jamo souligne la synergie apportée par le CLS : accès aux droits, accès à la prévention et promotion de la santé, accès aux soins, avec les enjeux de santé environnementale.

Une intervention dans la salle (IREPS) rappelle que le code de santé publique prévoit depuis 2023 la participation des usagers dans l'élaboration des CLS.



Maxime Bertolini indique que la participation des usagers est inscrite dans le principe même d'adaptation d'une offre de soins en adéquation avec les attentes et besoins des usagers :

Comme membre des **instances de gouvernance des structures d'exercice coordonné** : « la participation ultime ».

Comme **patient expert** qui vient apporter son savoir expérientiel et participe à des programmes d'éducation thérapeutique.

Comme **participant à des projets** (choix et pertinence du sujet au regard des usagers, modalités d'intervention, communication, observation)

Comme **les patients partenaires, patients formateurs** (cf. Université des patients de Grenoble Alpes,) qui bousculent le pouvoir médical, mais dont un statut clair est attendu.

Affaire à suivre...

Jean-Baptiste Capgras souligne en conclusion l'enjeu collectif du changement de mentalités nécessaire pour faire avancer le système : c'est à chacun que revient la responsabilité de participer à faire évoluer le système avec une vraie bascule culturelle pour tous : patients professionnels, médecins, institutions, pouvoirs publics

Dans la continuité des débats sur les inégalités de santé, François Blanchardon invite tous les acteurs à la prochaine conférence débat organisée par France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes, l'IFROSS et le CRDMS à Clermont-Ferrand le 20 novembre prochain sur les inégalités sociales de santé et leur impact sur la santé mentale des usagers. Venez nombreux et nombreuses !



PANORAMIQUE +

DOSSIER

CRISE DURABLE À L'HÔPITAL ?

De nombreux acteurs se sont exprimés ces derniers mois dans les médias sur la crise de l'hôpital.

Ils confirment l'extrême mise en tension des personnels soignants et de ses conséquences sur la prise en charge des patients à toutes les étapes de leur parcours.

Retrouvez ici les points de vue de :

- Jean-Louis Touraine, président de la FHF Auvergne-Rhône-Alpes
- Thibaut Steinmetz, médecin du travail, ancien porte-parole de l'association des internes en médecine de Grenoble
- Bénédicte Carrion, représentante des usagers et patiente experte à la Ligue française contre la sclérose en plaques de l'Allier

“LA CRISE DURABLE DE L’HÔPITAL”

Contexte

De nombreux acteurs se sont exprimés ces derniers mois dans les médias sur la crise de l’hôpital.

Ils confirment l’extrême mise en tension des personnels soignants et de ses conséquences sur la prise en charge des patients à toutes les étapes de leur parcours. Les constats qui reviennent le plus souvent à travers les expériences partagées par les usagers font état de fermetures de lits ou de services, de déprogrammations chirurgicales, de reports de rendez-vous et d’une détérioration des relations soignants/soignés (manque d’écoute et de disponibilité de la part du personnel), qui mettent en péril la qualité, la continuité et la sécurité des soins.

La situation est particulièrement critique dans les services d’urgences avec la réduction ou la fermeture de services et dans les services de soins programmés. Des conséquences palpables sur la qualité et la sécurité des soins, les droits fondamentaux et la santé mentale des usagers.

La crise durable de l’hôpital renvoie également aux silos de notre système (manque de fluidité/coopération entre le premier recours et l’hôpital sur les territoires) et aux inégalités territoriales de santé qui se creusent. Le recours aux urgences, malgré la communication des pouvoirs publics sur la nécessaire régulation des soins non programmés est souvent la seule option pour les usagers sur des territoires en manque d’offre de soins de premier recours.

Santé en 3D a souhaité donner la parole aux différents acteurs de l’écosystème hospitalier, la Fédération Hospitalière de France : un médecin du travail ancien porte parole des internes en médecine de Grenoble et à une usagère impliquée dans la représentation des usagers de l’Allier. Autant de regards précieux pour illustrer la crise actuelle et imaginer des propositions d’actions pour le futur.



Entretien avec le Professeur Jean-Louis TOURAINE, président de la Fédération Hospitalière de France Auvergne-Rhône-Alpes

« La crise durable de l'hôpital », qu'est-ce que cela évoque concrètement pour vous ?

En fait « la crise durable de l'hôpital » remonte à 15-20 ans. Dans les pays occidentaux, les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB. En moyenne + 4 % par an. C'est ce qui crée le déphasage entre le budget donné à la santé et les besoins exprimés. Les causes en sont multiples : vieillissement de la population, développement des pathologies chroniques et des polyopathologies, nouvelles technologies et thérapeutiques onéreuses. En France, le choix politique qui se pose est de savoir s'il faut mettre davantage de moyens pour la santé, au-delà de la seule augmentation du PIB, ou s'il s'agit de rester autour de 11,9 à 12 % du PIB. Les pouvoirs publics ne se sont pas donnés les moyens de maîtriser réellement les dépenses de ville, et lorsque celles-ci augmentent trop, la contrainte porte essentiellement sur les dépenses hospitalières via la réduction des tarifs. C'est ce qui a creusé la dette des hôpitaux et a réduit leur capacité d'investissement depuis 20 ans. L'ONDAM a été contraint autour de 2%, ce qui a certes limité la dette de la sécurité sociale, mais au prix d'une dette transférée aux hôpitaux.

« La crise durable de l'hôpital » évoque donc cette situation où les établissements de santé notamment publics sont continuellement confrontés à des défis consistant à recevoir et prendre en charge des patients qui en ont besoin, toujours plus nombreux. La capacité à fournir des soins de qualité en est parfois menacée. Concrètement, cela inclue une pénurie chronique de personnel médical et paramédical, des infrastructures vieillissantes, un sous-financement récurrent, une surcharge des services d'urgence et une pression quotidienne accrue. Cette crise révèle également une insatisfaction croissante parmi les professionnels de santé, entraînant des taux élevés de burn out et de démissions.



Professeur Jean-Louis Touraine

Quels impacts cette crise a-t-elle sur les relations soignants/soignés ? Sur les instances de démocratie en santé notamment les CDU et leurs animations ?

La crise durable a un impact profond sur les relations soignants/soignés. La surcharge de travail et le manque de ressources conduisent souvent à une diminution du temps et de l'attention que les soignants peuvent accorder à chaque patient, ce qui affecte la qualité des soins et la satisfaction des patients et des professionnels. Plus encore qu'une perte de sens, c'est d'un manque de temps dont souffrent les soignants. En termes de démocratie en santé, les CDU sont souvent confrontées à des défis pour maintenir un dialogue efficace et constructif entre les parties prenantes. La crise rend difficile l'organisation d'animations et d'initiatives participatives, ce qui peut affaiblir la voix des patients dans la gestion de leur propre santé.

Quels sont selon vous les mesures/actions à prendre pour la réduire et quels liens à faire avec le 1er recours ?

Pour réduire cette crise, plusieurs mesures doivent être mises en place :

- Augmentation des financements : rehausser les budgets alloués aux hôpitaux pour moderniser les infrastructures et recruter du personnel supplémentaire.
- Amélioration des conditions de travail : réduire la charge administrative des soignants, augmenter les salaires et offrir des formations continues pour maintenir la motivation et la qualité des soins.
- Renforcement des soins primaires : développer les capacités des médecins généralistes et autres soignants de premier recours pour réduire la pression sur les hôpitaux, notamment les urgences.
- Numérisation et modernisation : investir dans des technologies de santé numériques pour améliorer l'efficacité des soins et la gestion des données.
- Participation des usagers : renforcer les CDU pour garantir que les besoins et les attentes des patients sont entendus et pris en compte.

Pourquoi les urgences sont-elles un concentré de cette crise ?

Les services d'urgence sont le reflet exacerbé de la crise du système de santé car ils sont souvent le premier point de contact pour de nombreux patients. Une enquête de la FHF de mars 2024 (« Baromètre de l'accès aux soins ») a montré que dans 32 % des cas, le patient est venu aux urgences faute de savoir où se rendre. Dans 30 % des cas, il est venu aux urgences à la suite d'un refus ou d'une impossibilité de prise en charge non programmée par un médecin généraliste ou un spécialiste de ville. Ce recours non optimal aux urgences publiques, qu'on ne peut reprocher aux patients faute d'alternative, est en hausse constante (+ 5 points depuis 2019).

Ainsi, les urgences sont confrontées à une demande excessive, souvent au-delà de leurs capacités, en raison de la pénurie de médecins généralistes et de services de soins primaires. Cela conduit à des temps d'attente prolongés, un épuisement des personnels soignants, et une qualité de soins qui risque d'être compromise. De surcroît, les fermetures de lits notamment en médecine, le tarissement des filières d'aval hospitalières pour les malades les plus lourds « grippent » le système. Et il devient de plus en plus difficile de trouver des solutions d'aval pour les patients nécessitant une prise en charge qui ne peut être réalisée à domicile.

Cet état de fait rejaille sur l'ensemble des services hospitaliers. Ainsi, un Français sur deux a déjà vécu un retard de soins à l'hôpital au cours des 5 dernières années ou une difficulté à y obtenir un rendez-vous pour lui-même ou un proche.

Cette situation traduit notamment le besoin de mieux organiser le lien ville-hôpital et la nécessité d'un premier recours plus fort mais la pénurie médicale implique de repenser d'autres modes de prise en charge. Il est nécessaire de trouver autre chose pour répondre aux besoins de la population âgée, notamment pour éviter son déplacement à l'hôpital et aux urgences.



Comment voyez-vous la situation dans 10 ans ?

Dans 10 ans, la situation pourrait s'améliorer significativement - d'autant que la démographie médicale commencera à se redresser – à la condition que des réformes profondes soient courageusement mises en œuvre sans tarder. Avec un investissement soutenu dans le système de santé, une meilleure gestion des ressources humaines, une modernisation des infrastructures et une intégration accrue des technologies numériques, les hôpitaux pourraient voir une réduction de la crise actuelle. La France ne pourra pas non plus éluder la question de la prise en charge du grand-âge et le réel financement de la dépendance et de ses EHPAD. Un système de soins primaires renforcé permettrait de désengorger les urgences, et une participation active des usagers pourrait conduire à des soins plus centrés sur le patient. La régulation de la financiarisation de la santé paraît incontournable si l'on veut conserver une équité dans l'accès aux soins. Une refonte du système de financement de la santé en France est nécessaire pour maintenir des soins de qualité, développer une prévention et surtout garder les valeurs humanistes introduites au milieu du XX^{ème} siècle. Cependant, sans ces mesures, la crise pourrait s'aggraver, avec des conséquences encore plus dramatiques pour la santé publique et la qualité des soins.



Entretien avec Thibaut Steinmetz, médecin du travail, ancien porte-parole de l'association des internes en médecine de Grenoble

« La crise durable de l'hôpital », qu'est-ce que cela évoque concrètement pour vous ?

Je vais vous parler au titre de mon expérience passée d'interne. A mon sens, «la crise durable de l'hôpital» est une crise systémique, la crise du système de soins en France, au-delà du seul monde hospitalier. Nous parlons de systèmes complexes, difficiles à manœuvrer et avec des caractéristiques propres. Une action pour répondre à un problème spécifique impacte d'autres secteurs du système. L'inertie en son sein est majeure. Une loi ne peut pas modifier fondamentalement le cours des choses, cela nécessite un cap maintenu sur des décennies, ce qui n'est pas toujours le cas. Le virage gestionnaire des années 80 a par exemple un impact palpable aujourd'hui. A l'heure actuelle, nous vivons une forme d'industrialisation de la santé.

Il y a par ailleurs plusieurs incompréhensions à lever. Aujourd'hui l'activité de l'hôpital, «bien commun», porteur de sens, est permise par des individus et par des professionnels libéraux, qui tous contribuent à ce système. Les professionnels de santé restent mobilisés, malgré les conditions d'exercice qui se détériorent. Mettre en opposition hôpital et exercice libéral est un non-sens. Les individus et l'institution hospitalière sont les deux faces d'un même pilier sociétal. La question du sens et sa perte devient dès lors centrale. Un chiffre pour illustrer le phénomène : 30 % des infirmiers nouveaux diplômés arrêtent l'exercice de leur profession dans les 5 ans (source syndicat national des professionnels infirmiers, 2019).

Comment voyez-vous la situation dans 10 ans ?

Deux leviers me semblent prioritaires afin de limiter les effets d'un système de plus en plus à deux vitesses, l'éducation de la population et la prévention. Les effets du changement climatique à l'œuvre risquent de changer la donne d'ici 10 ans avec leur accélération exponentielle ces dernières années et les conséquences structurelles possibles en termes de santé environnementale et d'accès aux besoins primaires.

Quels sont selon vous les mesures/actions à prendre pour la réduire et quels liens à faire avec le premier recours ?

Deux axes selon moi, à commencer par le respect du cadre légal concernant l'investissement horaire des personnels soignants et notamment des internes dans les services. Il y a des internes qui font des semaines de 90 à 110 heures par semaine. Par ailleurs, les internes sont censés être à 80% de leur temps à l'hôpital, et 20% de leur temps, c'est de la formation. Elle est inexistante dans de nombreux cas (elle existe pour seulement 6% des internes d'un des CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes, par exemple). Les internes sont la variable d'ajustement RH d'un sous-effectif structurel. Cela implique l'entretien d'un fonctionnement vicié de certains services hospitaliers, et l'exercice d'une maltraitance sur certains internes (volume de travail illégal non-décompté et non-rémunéré, pressions sur les choix de stages, carences de formation, situations de maltraitance des patients par manque d'encadrement). Le phénomène d'abandon pour les étudiants de médecine (y compris pendant et à l'issue de l'internat) est important, sous-évalué et peu documenté.

L'autre enjeu est de sortir du « tout hôpital » pour les étudiants en médecine. Très peu en définitive pratique au cours de leur externat voire de leur internat le premier recours (hors services d'urgences). Sans les internes aujourd'hui l'hôpital s'effondrerait. Mais affaiblir le premier recours en ne permettant pas aux étudiants de s'y projeter à la sortie de leurs études entraîne une saturation des services hospitaliers en deuxième cycle des études.



Pourquoi les urgences sont-elles un concentré de cette crise ?

L'accès aux urgences est universel, même une personne éloignée du système de santé les fréquente. C'est d'ailleurs parfois son « expérience patient » la plus concrète, la plus récente, et le choc est dès lors grand lorsque le citoyen/usager découvre l'ampleur de la situation, les personnels exténués, les lits dans les couloirs, la relation soignants/soignés qui se dégrade par manque de temps et de moyens...



Témoignage de Bénédicte Carrion, représentante des usagers (RU) aux commissions des usagers (CDU) des centres hospitaliers de Montluçon et de Neris-les-bains et patiente experte à la Ligue française contre la sclérose en plaques de l'Allier

« La crise durable de l'hôpital », qu'est-ce que cela évoque concrètement pour vous ?

En tant que RU cela m'évoque une désorganisation constante des services, un inconfort pour les soignants. Voire une démobilisation pour certains (heureusement une minorité).

En tant que patiente la crainte que certains services disparaissent, une difficulté à avoir des rendez-vous dans un délai raisonnable. Le dernier rendez-vous auprès d'un dermatologue : 9 mois d'attente...



Quels impacts cette crise a-t-elle sur les relations soignants/soignés ? Sur les instances de démocratie en santé notamment les CDU et leurs animations ?

Dans l'exercice de mes mandats de RU, aucun impact sur le nombre de CDU, ni les réunions ponctuelles autour d'un sujet particulier, ni sur la mobilisation des RU. Je dirais même qu'en situation de crise, notre équipe de RU se rend encore plus disponible pour les patients, plus attentive, plus à l'écoute. Nous multiplions les propositions tout au long de l'année auprès de l'établissement pour améliorer les parcours de soins. Exemple : de 4 CDU par an, je suis passée à 27 interventions à l'année !

Dans mon expérience de patiente, c'est plus difficile de joindre un service, le temps d'échange avec un soignant devient limité. Le patient ressent que le temps est compté et qu'il faut aller vite au détriment de la relation soignants/soignés.

Quels sont selon vous les mesures/actions à prendre pour la réduire ?

En tant que RU, il est important de développer le climat de confiance entre RU, direction et équipe soignante en multipliant les interventions dans les services pour faire connaître notre rôle et en participant aux groupes de travail avec les soignants: commission éthique, réunion de travail autour de la bientraitance, être force de proposition lors des analyses des plaintes et réclamations).

A condition que tous les établissements jouent le jeu et diffusent l'ensemble des plaintes et réclamations. Je veux dire par là, que souvent lors des CDU un état des lieux des plaintes et réclamations est présenté mais le RU n'a pas connaissance de l'ensemble avant, donc pas de moyen d'action et d'amélioration.

A Montluçon, depuis le début de l'année, la quasi totalité des plaintes et réclamations nous est envoyée sur notre messagerie. Une grande avancée : nous avons une adresse mail RU hébergée sur le site web de l'hôpital.



Comment voyez-vous la situation dans 10 ans ?

Dans 10 ans, l'effet de la fin du numérisé commencera à porter ses fruits. Les patients ont la nette impression que tout le système de santé se dégrade et font une projection pessimiste. Mais difficile de se projeter à 10 ans pour l'ensemble de la population.



TOUR D'HORIZON +

L'ACTUALITÉ RÉGIONALE DES ACTEURS DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Dans le prolongement de la rubrique “En vue”, retour ici en quelques lignes sur les événements organisés en région qui ont fait vivre les droits et la démocratie en santé.

UN ESCAPE GAME SUR LES DROITS DES PATIENTS AUX HOSPICES CIVILS DE LYON

Depuis 2011 est organisée sur la région la Journée européenne de vos droits en santé. Plus de 150 structures se sont emparées de l'événement en 2024 qui avait pour thème la prévention (et ses liens possibles avec « sport et santé », jeux olympiques obligent).

A l'occasion de cet événement, les équipes des Hospices civils de Lyon (HCL) se sont mobilisées pour imaginer une nouvelle modalité de promotion des droits en santé : un « escape game » ! En vogue depuis plusieurs années, ce type de jeu grandeur nature propose à un groupe de joueurs de répondre à plusieurs énigmes pour pouvoir quitter une pièce dans laquelle ils sont enfermés. Plusieurs associations ont choisi ce support pour évoquer différentes thématiques (la prévention contre les cancers du sein, par exemple) et ainsi transformer le jeu en vecteur d'apprentissage.

Pour mieux comprendre le projet, **Catherine Baumlin-Leyi**, Chargée des relations usagers & démarche PEPS à la direction qualité partenariats patients et sécurité des soins des Hospices civils de Lyon, a accepté de répondre à nos questions.

Pourquoi ce projet d'escape game sur les droits en santé ?

Au sein des HCL, nous avons la volonté de nous réinventer et de pouvoir proposer quelque chose de ludique et de pédagogique pour promouvoir les droits en santé. Nous sommes convaincus que c'est le meilleur moyen pour sensibiliser efficacement les citoyens de manière général, c'est-à-dire les usagers, les professionnels, les proches... sur leurs droits en santé et sur les actions de prévention.

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

**MA SANTÉ,
LES CLÉS POUR AGIR !
ESCAPE GAME**
20 minutes pour décrypter mes droits*

À l'occasion des **Journées Européennes des Droits en Santé** (JEDS), usagers, professionnels de l'hôpital, venez tester vos connaissances.

18 AVRIL 2024
Siège Administratif
Salle blanche de 10h à 17h
3 quai des Célestins, 69002 Lyon

Projet co-construit avec des représentants des usagers, des patients partenaires et des professionnels.
Escape Game gratuit sur inscription via le QR code.

Avec le soutien de : France Assos Santé, SLM

*Titre n°2002-303 du 4 mars 2002 - Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Nos objectifs, avec l'escape Game, étaient notamment de :

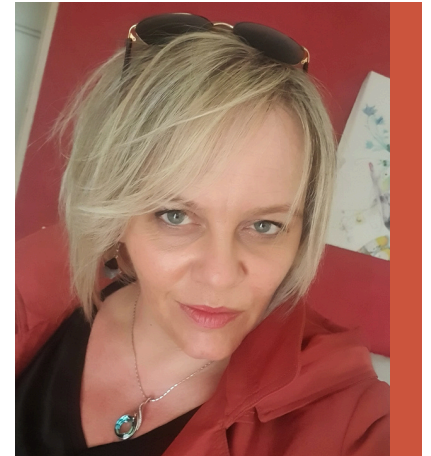
- **Sensibiliser** les personnes concernées, professionnels de santé et citoyens, aux droits des usagers et aux messages de prévention
- **Renforcer la compréhension des droits des patients** : en mesurant l'impact de l'escape game sur la compréhension et connaissance acquise sur les droits des patients auprès des participants
- **Explorer des opportunités de collaboration** avec d'autres institutions de santé, organismes ou associations pour étendre la portée et l'impact du projet hors les murs des HCL

Justement, en parlant de "collaboration", comment a-t-il été créé ?

Nous sommes partis de parcours patients complexes, des réclamations et médiations reçues au sein des HCL. Des entretiens ont été réalisés, tant auprès des patients identifiés que de professionnels de notre structure... Cela nous a permis de mettre en exergue plusieurs thématiques qui revenaient régulièrement : le droit à l'information, la personne de confiance, par exemple.

Une fois ces problématiques identifiées, nous avons lancé un appel à candidatures pour constituer un comité de projet auprès des représentants des usagers de l'établissement, des patients et des proches aidants partenaires qui avaient leur expérience de parcours de santé complexe. Du côté des professionnels, il était important au regard de la thématique que le service « 3 P » (Promotion, Prévention, santé Populationnelle) soit associé. Nous avons également convié la délégation Auvergne-Rhône-Alpes de France Assos Santé en tant que partenaire, un professionnel gestionnaire des risques, des cadres de santé et plusieurs personnes chargées des usagers des groupements. Je soulignerai également que la présence d'Agathe Gennin, infirmière coordinatrice au Centre hospitalier de Valencienne et en stage dans le cadre d'un master 2 sur les parcours en santé, était une réelle opportunité pour lancer le projet.

La création de l'escape game dans un laps de temps réduit a été un réel challenge. Nous avons eu 3 réunions de 2h en plénière puis 2 séances de travail en sous-groupe de 2h pour co-construire ce projet.



Chacun a été acteur et co-auteur du contexte et des énigmes du jeu avec une réelle parité entre professionnels, RU et patients partenaires. Cela nous a permis une vraie symétrie des points de vue.

Quel premier bilan tirez-vous suite à la mise en place de l'escape Game sur plusieurs groupements des HCL ?

Avant sa mise en place effective, l'escape game a déjà eu deux phases test pour le réajuster et pouvoir gagner en fluidité. Il y a ensuite eu 3 dates sur différents groupements à l'occasion de la Journée européenne de vos droits en santé. En tout, nous avons eu 101 participants (20 sur la phase test et 81 sur les trois dates proposées). 68 personnes ont répondu à l'évaluation. Ce que l'on peut dire c'est que les joueurs avaient entre 14 et 72 ans. Nous avons reçu 55% de professionnels et 45% d'usagers. 70% des participants disent que le jeu leur a permis d'apprendre ou d'améliorer leur connaissance et 91% ont apprécié l'animation. Le questionnaire a par ailleurs mis en évidence que les participants ont mieux saisi le rôle des RU au sein de l'hôpital. A ce stade, je suis fière d'avoir participé à cette aventure et ne peut que féliciter l'adaptabilité et la richesse des échanges de ce groupe de travail qui a permis une belle réussite de ce projet !

Pour la suite, de nouvelles dates sont prévues en septembre sur l'hôpital Henry Gabrielle, l'hôpital Lyon sud et sur l'hôpital de la Croix Rousse à l'occasion de la Semaine de la sécurité du patient. Des contacts ont par ailleurs été pris avec des structures extérieures.

UN APPEL À PROJET POUR PROMOUVOIR LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

LE REGARD DE CHRISTIAN BRUN, PRÉSIDENT DE LA CRSA

Publié en mars, l'appel à projets FIR Démocratie sanitaire récompense des actions de promotion de la démocratie en santé porté par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes en lien avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Retour avec Christian Brun, président de la CRSA sur cette initiative portée par l'ARS

Quels sont les objectifs pour la CRSA de coporter pareil appel ?

Il s'agit d'un appel à projet visant à valoriser des initiatives régionales favorisant la démocratie en santé ainsi que la prise en compte des besoins et des souhaits des usagers. Quoi de plus normal que la CRSA, instance régionale de démocratie en santé, y prenne donc sa part en collaboration avec l'ARS. Il s'agit pour nous de favoriser l'émergence d'actions qui contribuent à la formation des usagers et de leurs représentants, au recueil des besoins ainsi que, de manière plus générale, à la promotion de la démocratie en santé. La CRSA est composée de représentants des usagers et de tous les acteurs en santé. Sa participation tout au long du processus - de la construction de l'appel à projets jusqu'au choix des lauréats - est gage de la faisabilité de l'action, de son intérêt pour les usagers en lien avec les professionnels et les établissements de santé ainsi que de son utilité sociale.

Quels sont les critères d'évaluation /d'instruction que la CRSA applique ?

Il faut tout d'abord rappeler qu'il s'agit d'un appel à projet émanant de l'ARS, auquel la CRSA est associée sur les critères pris en compte et sur le choix des actions retenues. Nous sélectionnons les projets qui, bien entendu, répondent aux critères de sélection puis privilégions ceux qui sont innovants, transversaux, reproductibles et conduits en partenariats.

Nous ne prenons pas en compte des projets qui ne viseraient qu'à répondre à une obligation réglementaire ou qui ne s'adresseraient qu'à une petite frange de population ou très ciblée géographiquement. La sélection se fait au cours d'une réunion extraordinaire de la commission permanente de la CRSA ; elle est ensuite proposée à la direction de l'Agence qui nous a toujours suivi dans nos choix.

En quoi les projets retenus font avancer la Démocratie en santé sur le territoire ? Avez-vous des exemples concrets de projets passés qui ont changé la donne sur le terrain ?

Tous les projets sont retenus dans la perspective d'améliorer la démocratie en santé au cœur des territoires. L'intérêt de cet appel à projets est de financer des actions qui, sans cela, n'auraient pas pu voir le jour, faute de financement. Il y a bien entendu de nombreux projets qui mériteraient d'être ici mis en avant... j'en retiendrai trois :

- un projet dans la Loire au sein d'un établissement accueillant des personnes en situation de handicap : de nombreuses actions ont permis de faire participer les personnes en leur donnant, individuellement, la parole et en facilitant leur insertion dans la société (formations à l'écoute, à la prise de parole, création et gestion d'un potager jusqu'à la vente de la récolte, création et administration d'un lieu convivial – buvette -) ;
- un projet dans le département de l'Ain qui a permis d'améliorer et de valoriser le fonctionnement des conseils de la vie sociale (CVS) au-delà des seules obligations réglementaires en permettant des rencontres entre les CVS du département, en favorisant les échanges entre leurs membres et en faisant émerger et diffuser des bonnes pratiques repérées ;



- un projet drômois partant du constat que pour nombre d'usagers, les ordonnances n'étaient pas toujours facilement compréhensibles et qui a donc consisté à traduire les ordonnances «classiques» en ordonnances «visuelles». Magnifique projet, au profit de tous ! Je n'ai d'ailleurs jamais compris pourquoi les pharmacies d'officines ne s'en étaient pas emparées pour le proposer à tous leurs clients.



LES RENCONTRES ONCO AURA : UNE ORGANISATION QUI ASSOCIE TOUS LES USAGERS

PAR LE DOCTEURE FADILA FARSI ONCOLOGUE ET
DIRECTRICE DU DSRC ONCO-AURA

Le réseau régional de cancérologie ONCO AURA (DSRC - Dispositif Spécifique Régional du Cancer - AURA) organise chaque année des rencontres entre professionnels autour de la décision médicale, l'accès à la qualité des traitements et des soins et l'amélioration des organisations (dispositif d'annonce, accès à l'innovation et aux essais cliniques, dispositif de prise en charge d'après cancer). Il s'agit pour le réseau de répondre ainsi à l'une de ses cinq missions consacrées par la réglementation, celle d'information et de formation des acteurs de la cancérologie.

Bien avant que la réglementation ne le prévoie, le réseau a souhaité impliquer plus fortement dans sa gouvernance et dans ses travaux les représentants des usagers, les patients et, ces dernières années, les proches aidants.

Le réseau contribue par ailleurs à l'effort national en matière de démocratie sanitaire en ayant, dans son conseil d'administration, la représentation de France Assos Santé (Jeannine Lesage) et de La ligue nationale contre le cancer (Fabienne Couvreur). Un groupe de travail inter-associatif de patients et aidants[1] a également été mis en place pour intervenir dans le processus de conception des supports destinés aux malades et à leurs proches.

Cette volonté d'intégrer l'expérience des usagers au sein de notre organisation s'illustre également avec leur participation dans la plupart de nos comités scientifiques pour l'organisation de journées, rencontres et séminaires du réseau. Ainsi, ils sont partie prenante dans l'élaboration du programme de ces événements qui intègre, par ailleurs, la représentation des patients parmi les intervenants et les modérateurs.

[1] Composition du Groupe Inter Associatif Patients Aidants (le GIPA ONCO AURA) : Ligue contre le cancer du Rhône ; Ligue contre le cancer de la Loire ; Association AF3M ; Association LOCOMOTIVE ; Patientte partenaire ; IMAGYN ; De l'air ; CERHOM.



2^e
édition

RENCONTRES ONCO AURA

Regards croisés en cancérologie

Mardi 12 mars 2024

Hôtel de région Clermont-Ferrand et en distanciel

Lors des Rencontres ONCO AURA, dont les programmes se veulent « un regard croisé sur la cancérologie », ces 3 types de contribution sont à l'œuvre. Que ce soit lors des rencontres de mars 2023 à Lyon ou celles de mars 2024 à Clermont-Ferrand, les thématiques abordées ainsi que la coanimation intègrent les préoccupations des patients et des proches. Elles mettent aussi en valeur l'intégration par nos organisations de la pair aidance et des patients ressources.

Nos journées sont aussi une opportunité pour susciter et organiser la rencontre et les échanges entre professionnels et associations ou équipes de recherche du territoire. Ainsi lors des Rencontres ONCO AURA à Clermont-Ferrand, des stands ont été tenus par les représentants locaux des associations qui ont bien voulu répondre à notre invitation (Amarape, Oasis des Dômes, Imagyn, Cerhom, Ligue contre le cancer – Comité Puy-de-Dôme)

ainsi que l'équipe de recherche sur le projet Canut (goût/alimentation et cancer). Mieux connaître les associations et leurs acteurs locaux permettent aux professionnels de pouvoir informer les patients, leurs proches et aussi mieux les orienter vers leurs services.

Ces initiatives et les contributions des représentants des usagers et des malades ont enrichies grandement la réflexion sur nos missions et sur les moyens de leur mise en œuvre. Cela permet également à nos travaux d'être plus pertinent et plus accessibles.

Retrouvez les actualités de ONCO AURA sur onco-aura.fr et les informations patients, proches et aidants sur ressources-aura.fr

PROJECTION(S) +

LES USAGERS FONT BOUGER LE SYSTÈME (DE SANTÉ)

Trois visions :

01. Près de chez vous : les usagers dans la place
02. Chez nous : prise de position
03. Et ailleurs ?

La rubrique donne à voir quelques initiatives marquantes des usagers, de leurs représentants ou de leurs associations pour faire bouger le système de santé. Au programme de ce numéro :

- Droits des personnes accompagnées : les associations se mobilisent pour le bon fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale
- Représentation des usagers au sein des conseils territoriaux de santé : à chacun sa place !
- Pas d'alcool sur le chemin de l'école - 5 associations portent plainte contre la RATP



PRÈS DE CHEZ VOUS : LES USAGERS DANS LA PLACE

Droits des personnes accompagnées : dans l'Ain, des associations se mobilisent pour le bon fonctionnement des CVS

L'Ain'ter CVS de l'Ain (Personnes Agées) a été développé en février 2023 sous l'impulsion du Conseil départemental (CD) et des membres du collège des représentants des personnes âgées, de leurs familles et des proches aidants du Comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Parmi ses membres se trouvent des bénévoles représentants des associations de l'UDAF, France Alzheimer, la fédération départementale génération mouvement, les Petits frères des pauvres, l'Association nationale des retraités, l'Union française des retraités et la Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat. Sa création est en partie inspirée de l'inter-CVS de l'Essonne.

Le dispositif, à destination des personnes âgées dépendantes accueillis au sein des EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et leurs proches, a été créé avec l'idée de mettre ces personnes au centre de l'accompagnement proposé en établissement. Imaginé sur la base d'un partenariat, l'objectif est de veiller à ce que tous les CVS en EHPAD soient fonctionnels et deviennent des lieux d'échanges et de vie pour les personnes accompagnées et leurs proches grâce à des échanges de bonnes pratiques.

Factuellement, le département de l'Ain est découpé en 9 zones. Dans chaque zone un référent inter-CVS (bénévole et nommé par la présidente du CDCA) est désigné. Ce référent compte plusieurs objectifs, dont l'organisation des réunions de territoire à destination des représentants des familles des EHPAD sur sa zone.



L'Ain'ter CVS cible particulièrement les représentants des familles des personnes accompagnées, en réponse au fort sentiment d'isolement chez ce public. Il est le premier inter-CVS à proposer différents types de réunions :

- **Les réunions de territoire** : elles sont trimestrielles et destinées aux représentants des familles et résidents des EHPAD de la zone.
- **Les réunions en plénières** : elles sont annuelles et destinées aux représentants des CVS et directions des EHPAD de la zone.
- **Les réunions inter-CVS** : ces réunions sont semestrielles et destinées aux référents Inter-CVS.

Une cellule a également été créée pour piloter le dispositif. Elle est composée d'un membre du collège des représentants des retraités, des

personnes âgées et des proches aidants du CDCA, un salarié du conseil départemental de l'Ain et d'une personne ressource bénévole identifiée par le Conseil départemental et le CDCA.

Dans ce même département, un deuxième dispositif d'Inter-CVS existe porté par l'APAJH, l'ADAPEI, l'ORSAC, le conseil départemental, des représentants du collège des personnes handicapées du CDCA et l'ARS. Celui-ci est à destination des représentants des CVS d'établissements accueillants des personnes en situation de handicap sur le territoire. Il se mobilise particulièrement pour faire avancer les droits et le fonctionnement des CVS à travers des formations et des rencontres départementales inter-CVS. Lancé en octobre 2021, sa première réunion visait à libérer la parole des usagers après une période compliquée et à leur permettre de mieux comprendre l'importance et les enjeux du Conseil de la vie sociale.

02.

DANS NOTRE
RÉGION : PRISE
DE POSITION« Représentation des usagers au sein des
CTS : à chacun sa place ! »Retour sur le plaidoyer porté par France Assos Santé Auvergne Rhône Alpes sur la
composition du collège 2b des CTS. Un enjeu de représentativité !

A l'automne 2022, les conseils territoriaux de santé (CTS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont peu à peu été renouvelés puis installés. Au sein des CTS, les associations agréées de santé (collège 2a), parce qu'elles coexistent au sein d'un même collège "2", sont solidaires des représentants des personnes âgées et en situation de handicap. Dans plusieurs départements, France Assos Santé Auvergne Rhône-Alpes a observé que plusieurs membres du collège 2b avaient des titres laissant penser que leurs fonctions professionnelles ou associatives relèvent d'activités gestionnaires (responsabilité de l'établissement), alors même que le collège 2 est explicitement réservé à la représentation des intérêts des usagers.

Les textes prévoient pourtant une distinction nette entre la représentation des intérêts catégoriels liés aux personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux (collège 1b) et celle liée à la représentation et à la défense des droits des usagers du système de santé (collège 2b). Malgré ce cadre clair, il est apparu que dans au moins 5 départements, plusieurs membres de CTS ont été nommés sur désignation des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) au titre du collège 2 des usagers de santé alors même que, du fait de l'intitulé de leurs missions, il y a tout lieu de penser qu'ils relèvent strictement du collège 1b. A titre d'exemples, un directeur d'ESAT, un directeur d'EHPAD, une directrice de SAVS, un responsable de centre ADMR



ont été désignés au titre du collège 2b, sur proposition des CDCA.

France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes considère que l'exercice de responsabilités professionnelles ou associatives dans le strict cadre d'un service ou établissement social ou médico-social mentionné à l'article L. 312-1 et à l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles relève d'une activité gestionnaire pure et, à ce titre, incompatible avec l'exercice d'un mandat au sein du collège 2 d'un CTS. En effet, les responsabilités professionnelles ou associatives ainsi assumées par les membres concernés, en ce qu'elles les conduisent à être des acteurs de l'offre de santé et à adopter un positionnement en conséquence, ne sauraient être compatibles avec la défense des droits des usagers, laquelle, sans toujours s'y opposer, est tout à fait distincte des enjeux des organisations gestionnaires qu'ils représentent.

La délégation a donc travaillé de concert avec l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes sur une action correctrice de ces désignations. Des courriers de l'ARS ont été adressés en octobre 2023 aux Conseils départementaux concernés avec une demande de régularisation, leur demandant de remplacer les titulaires et suppléants identifiés, par de nouvelles propositions de titulaires et de suppléants qui n'auraient pas de fonctions professionnelles ou associatives les conduisant à être des acteurs de l'offre de santé, incompatibles avec la défense du droit des usagers au sens des textes réglementaires. Une première régularisation est effective sur un des CTS depuis février 2024.

France Assos Santé se tient à la disposition des CDCA et CTS concernés, pour les appuyer en vue de cette régularisation et pour un appui méthodologique pour ces nouvelles propositions de désignation à l'ARS.

03 ET AILLEURS ?

"Pas d'alcool sur le chemin de l'école"

5 associations portent plainte contre la RATP

Face à l'abondance de publicités pour l'alcool dans le métro francilien, France Assos Santé a décidé d'agir accompagné de 4 autres associations : la Ligue contre le cancer, l'Union nationale des associations familiales (UNAF), la Fédération nationale des amis de la santé (FNAS) et l'association Entraid'addict.

Ensemble, ils déposent une plainte à l'encontre de la RATP pour « provocation directe à la consommation d'alcool à l'encontre des mineurs ».

Le fait que « la consommation d'alcool problématique qui, il y a quelques années, était associée à l'image de l'homme d'âge mûr, concerne désormais aussi des personnes plus jeunes » pousse France Assos Santé à agir.

La consommation d'alcool en France : les chiffres clés

En 2017, 1 français sur 5 de 18 à 75 ans dépassaient les repères de consommation. La consommation annuelle d'alcool en France était estimée à 10,4 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 2020, soit environ 2,5 verres de 10 g d'alcool pur par jour et par habitant.

Près d'un adulte sur deux consomme de l'alcool au moins une fois par semaine et 10 % chaque jour, en particulier parmi les plus de 50 ans. Avec ces chiffres, la France se situe ainsi au 4e rang des pays européens les plus consommateurs d'alcool chez les plus de 15 ans.



Ses conséquences

Des études nationales et internationales ont démontré le lien entre l'exposition des publics jeunes à la publicité pour l'alcool dans l'espace public et leur entrée dans la consommation.

La consommation d'alcool représente la deuxième cause évitable de mortalité par cancer, impliqué dans 28 000 nouveaux cas chaque année.

En 2015, ce sont 41 000 décès attribués à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes. [1]

Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. Cette consommation provoque des dommages importants sur la santé, elle impacte le « capital santé » des buveurs tout au long de la vie, depuis le stade embryonnaire jusqu'au grand âge. [2]

41 000
décès/an



2^{ème} cause
de **décès évitable**
après le tabac

[1] Institut National du Cancer, 2022

[2] Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2023

L'alcool chez les jeunes

Les jeunes sont particulièrement exposés aux effets nocifs de l'alcool. Les plus jeunes consomment moins régulièrement mais de façon plus excessive et ponctuelle, avec des épisodes d'ivresse ("binge drinking").

Plus la consommation d'alcool s'installe précocement dans la vie, plus le risque de dépendance et de survenue de problèmes de santé à l'âge adulte est élevé. Il apparaît donc primordial de limiter l'exposition de ces jeunes à des messages publicitaires sur l'alcool.

La publicité

Selon l'enquête Toluna-Harris réalisée en décembre 2023 pour France Assos Santé, les Français se déclarent majoritairement favorables à des mesures visant à encadrer davantage la consommation d'alcool :

- 89 % d'entre eux se prononcent en faveur de l'interdiction de la publicité pour l'alcool à proximité d'établissements scolaires,
- 77 % en faveur tout simplement de son interdiction dans l'espace public.

Ce sont donc ces constats qui appuient la plainte déposée par France Assos Santé, la Ligue contre le cancer, l'Union nationale des associations familiales (UNAF), la Fédération nationale des amis de la santé (FNAS) et l'association Entraid'addict et qui lui donne tout son sens.

L'objectif de cette plainte est d'alerter sur la publicité qui incite à la consommation d'alcool et qui se trouve sur le chemin de jeunes, notamment dans des stations de métro proches d'établissements scolaires.

Ce ne sont pas seulement les enfants, adolescents et jeunes adultes mais également tous les utilisateurs de ces transports, comme tous les autres passagers, notamment les femmes enceintes, qui stationnent devant ces affiches et qui absorbent ainsi involontairement ces messages.

A ce jour, l'unique message de prévention signalé est « L'alcool est dangereux pour la santé » qui est souvent écrit en bas de l'affiche, en petits caractères, et complété par la mention "À consommer avec modération".

Pour en savoir plus, consultez le dossier de presse complet de France Assos Santé : [infographie complète des résultats](#), [dossier de presse](#) et [replay du webinaire de présentation](#) sont disponibles.



Pour aller plus loin, consultez le dossier de presse

INTERVIEW

RENCONTRE AVEC CEUX QUI FONT
VIVRE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Eric MATHELET

Interview d'Eric Mathelet,
président du Conseil territorial de santé de la Haute-Loire.

Jeune retraité de la direction du Service de santé au travail de la Haute-Loire, Eric Mathelet participe au mouvement Familles Rurales depuis 2009. Comme de nombreux bénévoles associatifs, il cumule différents mandats : élu suppléant au Comité régional de France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes, représentant des usagers (RU) dans deux établissements hospitaliers, l'un public, l'autre privé non lucratif... Depuis fin 2022, Eric Mathelet est également RU au Conseil territorial de santé (CTS) de la Haute-Loire, dont il assure la présidence. Il nous partage ici son regard sur les promesses – tenues ou non tenues – de cette instance et les exigences de l'animation de la démocratie en santé à l'échelle départementale.

ERIC MATHELET

Propos recueillis les 22 mai et 12 juin 2024

« Les CTS sont une maille territoriale pertinente... mais qui n'a pas les moyens des ambitions qu'on lui prête »



L'organisation et l'animation de la santé se territorialise avec l'arrivée de nouveaux dispositifs (CLS, CPTS, MSP, DAC...) et la réorganisation de l'offre hospitalière (GHT, CH de proximité...): quelle part prend le CTS de la Haute-Loire dans son animation et sa gouvernance ?

Cette part est encore minime car les Conseils territoriaux de santé (CTS) n'ont pas les prérogatives et encore moins les moyens de jouer un vrai rôle dans l'organisation et la gouvernance de la santé au plan territorial. De fait, nous ne sommes pas membres de droit des communautés professionnelle territoriale de santé (CPTS), ni des maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), donc difficilement en capacité de les coordonner. Et de son côté, le département fonctionnait sans nous intégrer.

Sur le plan des attributions du CTS, si elles sont limitées, elles n'en sont pas pour autant négligeables. Son rôle est de favoriser la coordination, la concertation et la mise en réseau des acteurs de santé pour améliorer les politiques territoriales de santé publique. J'ai pour habitude de dire que c'est un faiseur de bonnes relations, de coordination et de proposition d'actions. Notre rôle n'est pas de « faire », mais d'identifier des porteurs de projet le cas échéant.

Si nous ne sommes pas aussi reconnus que la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) l'est au plan régional, nous avons pour nous d'être une maille territoriale pertinente. Lors du Conseil national de refondation Santé (CNR Santé) nous avons été en mesure de faire remonter les initiatives existantes sur notre département. L'une d'elle a fait partie des actions « labellisées » par l'ARS pour être soutenue et déployée :

trois cabinets infirmiers viennent en renfort des médecins en donnant aux patients l'accès à la télémedecine depuis leur domicile.

Par ailleurs, nous avons un pouvoir consultatif avec des avis à remettre à la direction de l'Agence régionale de santé (ARS). Nous travaillons actuellement sur la proposition de zonage des dentistes qu'elle nous a transmise pour notre département : identification des zones denses, sous-denses...

Et l'an dernier, nous avons travaillé à l'élaboration d'un avis sur le nouveau Schéma régional de santé (SRS). Dans celui-ci, nous avons intégré des propositions pour notre territoire, comme une mise en synergie des acteurs locaux pour favoriser la venue d'internes sur notre département. Nous avons également fait remonter l'absence d'éléments d'évaluation sur la mise en œuvre du précédent schéma.

Au terme des travaux, cela donne un avis construit de façon collégiale, globalement favorable mais avec l'expression de réserves. Après, émettre un avis ne veut pas dire qu'il est entendu... De fait, le CTS est bien loin d'être le garant de la mise en œuvre du SRS sur son territoire.

Finalement, c'est dans le champ de la santé mentale que notre action est la plus structurée. C'est aussi le seul domaine où les moyens qui nous sont donnés dépassent le seul appui au secrétariat. Une coordinatrice a été recrutée pour piloter la mise en œuvre des actions prévues dans le projet territorial de santé mentale (PTSM). Son poste, financé par l'ARS, est porté par l'hôpital dirigé par le président de la commission santé mentale du CTS et la salariée assure l'animation de la commission spécialisée en santé mentale.

Cela a permis d'inscrire notre département rural dans l'action régionale CNR-santé « ambassadeurs en santé mentale ». C'est une bonne chose mais il nous faudrait un salarié qui anime également la commission sur l'expression des usagers, en temps partagé avec l'animation propre du CTS. Dans ce domaine, nous avons construit et dispensé aux RU, via leur établissement, un questionnaire pour recenser leurs difficultés et recueillir leurs expériences. Une synthèse en sera prochainement publiée et les réponses à apporter pourront être discutées avec France Assos Santé.



La loi Valletoux du 27 décembre 2023 a dernièrement renforcé les prérogatives des CTS : cette réforme est-elle selon vous à la hauteur des enjeux ?

Don nous annonce en effet un texte qui fait du territoire de santé « l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé » et prévoit que les CTS « participent à l'élaboration des projets territoriaux de santé » (PTS) portés par les hôpitaux et les CPTS, et « assurent leur évaluation au regard de l'accès à la santé, de la permanence des soins et de l'équilibre territorial de l'offre ».

Début juin, la direction territoriale de l'ARS nous a annoncé le souhait de Frédéric Valletoux, alors ministre délégué chargé de la santé et de la prévention, de redéfinir le périmètre des territoires de santé.

En urgence, nous avons été invités à nous réunir pour faire des propositions de découpage infra-départementales d'ici juillet... avant que la dissolution ne vienne tout suspendre.

Sans même parler du contexte politique actuel, il demeure de trop nombreuses zones de flou pour pouvoir dire que ce texte est à la hauteur des enjeux. Flou sur les intentions : s'agit-il de sincèrement muscler cet échelon territorial ou est-ce une opération pour délester l'échelon national et/ou régional ? Flou sur les moyens : nous l'avons vu plus haut, investir les CTS de nouvelles missions sans leur donner davantage de pouvoir et de moyens humains (et donc financier), est une illusion. Sur la question du zonage, par exemple, disposerons-nous d'un avis conforme ? Aurons-nous des moyens pour faire réaliser des études et prendre des décisions ?

Une chose est sûre, sur la question du périmètre du CTS, l'échelon infra-départemental ne fait pas sens pour un département rural comme la Haute-Loire, sauf à pouvoir s'affranchir des frontières administratives pour proposer des territoires de santé inter départementaux. Car on constate que les « bassins de santé » sont structurés autour des CHU : l'Est du département regarde vers Saint-Etienne, et l'Ouest vers Issoire et Clermont-Ferrand.

Et à l'échelle purement départementale, l'offre est construite autour d'un seul groupement hospitalier de territoire (GHT). Le fractionner, c'est prendre le risque de perdre la cohérence tenue par le GHT et de mettre en concurrence les territoires dans la captation des moyens. On pourrait plus raisonnablement imaginer des "sous-commissions" dont le périmètre serait calé sur celui des trois Pays qui regroupe les CPTS mais coordonné au sein d'un seul et même CTS départemental... Pour autant, même avec cette prudence, on va se heurter à la difficulté de pourvoir les mandats et de faire exister ces sous-instances... sauf à compter sur la mobilisation des mêmes personnes en leur sein en dehors de toute considération de leur disponibilité effective.

Alors oui, les évolutions prévues par la loi peuvent paraître généreuses concernant les CTS, mais on peine à voir la concrétisation... La réforme sera à la hauteur des enjeux si on nous donne un véritable pouvoir de décision et des moyens pour instruire et nous prononcer sur les dossiers.

« Faire vivre la démocratie en santé » : en tant que Président du CTS de la Haute-Loire, que signifie cet exercice pour vous ?

En Haute-Loire, nous avons une configuration de gouvernance idéale avec une présidence assumée par un représentant des usagers et une vice-présidence assumée par une élue locale - maire d'une petite commune - qui est également infirmière scolaire, donc professionnelle de santé.

En tant que président, mon rôle est d'organiser l'expression de tous. Cela commence, pour moi, par retirer ma casquette « usager » : porter leur voix revient alors aux représentants des usagers (RU) qui assument la présidence ou vice-présidence de la commission pour l'expression des usagers.

Organiser l'expression de tous, cela suppose ensuite une certaine maîtrise de la prise de parole. Je tente d'éviter une expression « en silo » où chacun des membres se contenterait d'énoncer ses revendications. Le CTS n'est pas le lieu pour revendiquer... J'essaie de concentrer les échanges sur les besoins et les attentes du territoire, de la population, des acteurs... en faisant en sorte que des propositions accompagnent les constats.

Mais cela suppose par conséquent de "donner du temps au temps" : il ne peut pas ressortir grand-chose d'un débat non préparé. L'an dernier, malgré la pression de l'Agence pour produire un avis au cœur de l'été sur le SRS [NDLR : le projet a été publié le 28 juin et les avis étaient recevables jusqu'au 30 septembre], nous avons détendu le calendrier donné pour permettre à nos membres de prendre connaissance des documents et préparer nos travaux. Cela nous a permis de produire un avis que je qualifierai de "raisonné". J'ai tenté de créer des espaces pour que, de la collégialité de nos échanges, puissent ressortir des propositions concrètes. L'exposé de la diversité des points de vue permet à chacun de bouger un peu sur ses lignes. Les membres sortent d'une posture revendicative et pondèrent leur expression pour construire du commun.

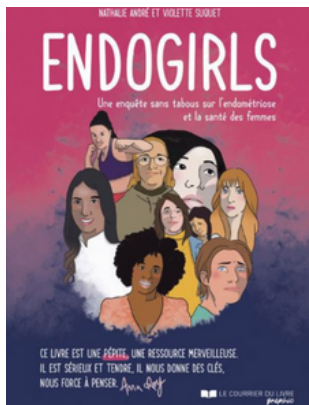
CULTURE +

CULTURE COMMUNE

Films, livres, théâtre, émissions... la santé au sens large prend place aussi dans notre environnement culturel. Chaque numéro de Santé en 3D sera l'occasion de revenir sur cette actualité culturelle qui nous intéresse et nous concerne toutes et tous.

Une production ou événement à nous conseiller ?
Nous attendons vos suggestions !

BD: "ENDOGIRLS, parcours de femmes, parcours de vie"



Témoignages de femmes, en mots et en images, ponctués d'interview de personnels soignants : un récit percutant, vraie et sans filtre qui raconte la réalité de la maladie, l'errance de diagnostic, les impacts sur la vie professionnelle et personnelle. On y parle de l'endométriose, une maladie gynécologique inflammatoire chronique de plus en plus connue aujourd'hui. Elle atteindrait 1 personne sur 10 soit 2 millions de femmes en France.

Neuf parcours prennent vie à travers les dessins de Violette Suquet et les récits de Nathalie André. Chacun aborde aussi la place et l'acceptation ou la non-acceptation de la maladie selon un axe de notre société : le monde du travail, l'école, le sport, la maternité, l'alimentation, la sexualité, les médecins... Enseignée depuis peu dans le cursus médical, certains médecins ne connaissent pas cette maladie, voire n'y croient pas. A travers ces pages, le lecteur découvrira des parcours singuliers, des témoignages et informations scientifiques sur la maladie ; un ouvrage important pour découvrir la réalité d'une maladie aux diverses formes, une maladie que trop de gens méconnaissent encore.

"Endogirls" Nathalie André et Violette Suquet - Edité par Le Courrier du Livre 19.90€ - Sorti en janvier 2024

«Temps d'arrêt»: une collection dont il y a tant besoin...

Yapaka(.be) est le programme de prévention de la maltraitance des enfants lancé en 1998 par le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. A son origine, une question: «Éviter la maltraitance... Oui, mais comment ?». Parmi ses activités, il propose «Temps d'arrêt», une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. «Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe».

Parmi ses récentes publications, celle de Laurent Denizeau, anthropologue et enseignant-chercheur à l'Université Catholique de Lyon: «De nos vulnérabilités – Habiter le monde en ces temps d'incertitude». Une incertitude qui éclaire sur les limites de nos croyances en la maîtrise, au contrôle de nos vies, en la domination du monde. Pour l'auteur, «ce nouveau rapport au monde engage à composer avec la fragilité et l'incertitude comme terreau de vie».

Film : "Un petit truc en plus"



Le handicap sous le feu des projecteurs !

Pour échapper à la police, deux voleurs en cavale trouvent refuge dans une colonie de vacances pour jeunes adultes en situation de handicap. Ils se font alors passer pour un pensionnaire et son éducateur spécialisé. C'est le commencement d'une formidable expérience humaine qui va les changer à jamais.

Le film, réalisé par Artus, met l'accent sur ses acteurs, naturels et attachants. Se succèdent des situations où l'on rit beaucoup non pas d'eux mais avec eux. En somme, une comédie légère qui donne une belle leçon de tolérance et d'humanité et qui change le regard sur le handicap !

Film « Un p'tit truc en plus », sorti le 1er mai 2024, durée : 1h39

Une exposition sur le microbiote à Lyon



La Cité Internationale de la Gastronomie de Lyon présente jusqu'au 30 juin 2024 l'exposition « Microbiote, d'après Le charme discret de l'intestin ». Une occasion de découvrir les secrets de notre microbiote intestinal et son impact sur notre santé. Le microbiote fait référence à l'ensemble des micro-organismes (bactéries, virus, champignons, etc.) qui vivent dans et sur le corps humain, en particulier dans des zones telles que les intestins, la peau, la bouche, et d'autres muqueuses. Parmi ceux-ci, le microbiote intestinal est le plus étudié et est souvent simplement appelé "microbiome". Le microbiote joue un rôle crucial dans le maintien de la santé humaine et la recherche continue de découvrir comment nous pouvons influencer positivement notre microbiote pour améliorer notre bien-être général.

L'exposition est organisée en quatre parties :

- Mise en bouche (introduction des aliments)
- Visite guidée de la digestion
- Le microbiote se révèle
- Le bien-être intestinal

Exposition à la Cité Internationale de la Gastronomie, du 16 février au 30 juin 2024

Directeur de publication : François Blanchardon

Rédacteur en chef : Régis Bourgeat

Comité de rédaction : Magalie Aveline, Michel Blin, Danièle Bocard, Christian Brun, Laura Dupuy, Jean-Claude Flanet, Christiane Gachet, Sophie Gallavardin, François Blanchardon, Didier Pignard, Clara Rousseau, Adeline Rouvière, Olivier Seyve, Sophie Suel, Marie-Catherine Time, Bertrand Vagnon

Maquette : Scarlett Ouziel

Mise en page : Magalie Aveline & Adeline Rouvière

Crédits photos : © droits réservés

Pour contacter la rédaction :

France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes
URAASS Auvergne-Rhône-Alpes
129 rue de Créqui
69006 Lyon

Tél : 04 78 62 24 53

Courriel : auvergne-rhone-alpes@france-assos-sante.org

En cas de problème juridique lié à votre santé, préférez cette ligne à une recherche en ligne.

Des juristes répondent gratuitement
à vos questions en lien avec votre santé.



01 53 62 40 30*

La ligne nationale de France Assos Santé

Lundi • Mercredi • Vendredi : 14h-18h
Mardi • Jeudi : 14h-20h

*Prix d'un appel local

Vous pouvez aussi poser votre question en ligne sur :
www.france-assos-sante.org/sante-info-droits