

mutualistes

MAGAZINE DE PRÉVENTION SANTÉ - N°363

ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

Interview du nouveau
président de Mutuelle MIP



OLIVIER MILLERON

« Le maintien du service
public de santé doit devenir
un projet de société »

MÉDECINE

L'endoscopie bariatrique,
une solution dans l'obésité ?

Des os solides
pour un squelette
vivant



ÉDITO



Comme chaque année, le 20 octobre sera marqué par la Journée mondiale de l'ostéoporose. Cette maladie impacte plus de 4 millions de femmes ménopausées mais, on le sait moins, 1 homme sur 5 de plus de 50 ans. « *En 2030, il y aura plus de 24 % de fractures en raison de la non prise en charge de l'ostéoporose* », alerte le Dr Laurent Grange, le rhumatologue interviewé dans notre dossier consacré aux os. Même si cet organe est le seul à se régénérer en permanence, il y a de bonnes habitudes à prendre pour le maintenir en bonne santé et solide le plus longtemps possible (page 14). En octobre se déroulera également la Journée nationale des aidants, l'occasion de faire le point sur les dispositifs et allocations spécifiques existants (page 22).

Les intox sur notre système de santé ont été le point de départ de tout un ouvrage rédigé par Olivier Milleron. *Mutualistes* a rencontré ce cardiologue, fervent défenseur du service public, pour lui demander notamment pourquoi « *Le maintien du service public de santé doit redevenir un projet de société* » (page 12). Lutter contre les idées reçues est également l'objet de l'article sur : « *La diète cétogène, un régime à ne pas prendre à la légère* » (page 18). D'autres décryptages et avis d'experts sont à découvrir concernant une maladie génétique récemment associée à la toux chronique (page 9) ou encore l'endoscopie bariatrique, technique mini-invasive d'avenir dans l'obésité (page 10).

« *Des drones pour transporter des échantillons biologiques* » est devenu une réalité avec une dizaine d'expérimentations en cours dans toute la France (page 11). Outre le service médical rendu très positif, ce mode de transport des temps modernes contribue à réduire l'impact carbone de cette activité de 93 %. Comment accélérer la transition écologique est aussi le projet du réseau des Écoles de la transition énergétique, tout en luttant contre le décrochage scolaire (page 19). Enfin, notre page « *histoire* » plonge au cœur du Service de santé des armées. Cette institution a de tout temps œuvré pour la recherche médicale et la meilleure prise en charge des patients. Retour sur 300 ans de médecine (page 20).

Bonne lecture!

La rédaction



Mutualistes, Objectif et Action n° 363, octobre, novembre, décembre 2024. Trimestriel d'informations mutualistes et sociales édité par Ciem, Coopérative d'information et d'édition mutualiste, pour Utema (organisme régi par le Code de la mutualité). 12, rue de l'Église, 75015 Paris. Tél. 01 44 49 61 00. Ciem.fr • Directeur de la publication : Joël Bienassis, président de la Ciem • Directeur délégué aux publications : Philippe Marchal, administrateur • Directrice des rédactions : Laurence Hamon, directrice générale de la Ciem • Rédactrice en chef : Anne-Sophie Prévost • Première secrétaire de rédaction : Marie Rainjard • Rédacteurs : Violaine Chatal, Clémentine Delignières, Anne-Sophie Glover-Bondeau, Hélène Joubert, Léa Vandeputte et Mathieu Yerle • Réalisation graphique : Delphine Colas, Sébastien Loh • Impression : Maury Imprimeur SAS, rue du Général-Patton, ZI, 45330 Malesherbes • Couverture : © Shutterstock. Ce numéro 363 de « Mutualistes, Objectif et Action » de 24 pages comprend : une couverture et trois pages spéciales (3, 4 et 5) pour la Mutuelle Saint-Aubanaise ; une couverture et trois pages spéciales (3, 4 et 5) pour Memf ; une couverture et neuf pages spéciales (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10) pour MCA ; une couverture et cinq pages spéciales (2, 3, 4, 5 et 6) pour MCEN ; une couverture et six pages spéciales (3, 4, 5, 6, 7 et 8) pour MIP • Commission paritaire : 0528 M 06546. Dépôt légal : octobre 2024. © Mutualistes, Objectif et Action, 2024. Reproduction interdite sans autorisation. Origine du papier : Leipzig (Allemagne) • Taux de fibres recyclées : 100 %. Ce magazine est imprimé avec des encres blanches sur un papier porteur de l'écolabel européen et de l'écolabel allemand Ange bleu (der Blaue Engel). « Eutrophisation » ou « Impact de l'eau » : PTot 0,002 kg/tonne de papier. Prix du numéro : 4 €. Abonnement annuel : 15 € (4 numéros par an) à souscrire auprès de la Ciem, 12, rue de l'Église, 75015 Paris.





20-21



12-13



19

Sommaire

4-8 // ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

9 // PRÉVENTION

- Toux chroniques réfractaires ou inexplicables, envisager la piste génétique

10 // MÉDECINE

- L'endoscopie bariatrique, une solution dans l'obésité ?

11 // INNOVATION

- Des drones pour transporter des échantillons biologiques

12-13 // ENTRETIEN

Olivier Milleron

« Le maintien du service public de santé doit redevenir un projet de société »

14-17 // DOSSIER

**Des os solides
pour un squelette vivant**

18 // NUTRITION

- La diète cétogène, un régime à ne pas prendre à la légère

19 // ENVIRONNEMENT

- Réseau Etre : le pari de l'insertion verte

20-21 // HISTOIRE

- Le Service de santé des armées : trois siècles de médecine

22 // ENGAGEMENT

- Quels dispositifs et allocations spécifiques pour les aidants ?



LE MOT DU PRÉSIDENT

Chères toutes, chers tous,

C'est avec une immense fierté et un profond sentiment de responsabilité que je m'adresse à vous en tant que président de notre mutuelle. Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude envers ceux qui m'ont accordé leur confiance pour remplir ce rôle crucial. Je suis conscient de l'importance de notre mission commune : assurer la protection et le bien-être de chacun d'entre vous dans les meilleures conditions. Sachez que je m'engage à y travailler sans relâche, aux côtés des membres du Conseil d'Administration et des équipes de Mutuelle Mip, pour honorer cet engagement.

À l'image des autres *Mutualistes*, ce numéro est dédié à l'information et à la prévention. Oui, la santé ne se résume pas seulement aux soins curatifs, mais inclut aussi une dimension préventive essentielle. Aussi, en ce mois symbolique d'Octobre Rose, nous vous sensibiliserons sur le sujet délicat qu'est le cancer du sein. Le Dr Avenel, chirurgien-dentiste, vous éclairera sur les nouveautés en orthodontie. Nous vous proposons également un tour d'horizon des évolutions réglementaires majeures qui peuvent vous impacter. Enfin, dans un registre différent mais qui me tenait malgré tout à cœur, j'ai répondu à quelques questions au détour d'une interview afin que vous me connaissiez un peu mieux.

L'actualité du monde de la santé est plus que jamais au cœur de nos préoccupations. Nous vivons une période de profonds bouleversements, marquée par des défis économiques et des attentes croissantes de la part des adhérents. Je tiens à rappeler que notre mutuelle est avant tout une communauté solidaire et humaine. Nous sommes là pour vous écouter, vous accompagner et vous soutenir dans toutes les étapes de votre vie et je suis convaincu que nous saurons faire face aux défis actuels et futurs.

J'aimerais, pour finir, vous remercier pour votre confiance et votre engagement auprès de Mutuelle Mip.

J'espère que vous prendrez plaisir à lire cette nouvelle édition de *Mutualistes*.

Prenez soin de vous.

Avec toute ma considération,

Jean-Jacques Berthélé
Président de Mutuelle Mip

Évolutions réglementaires : ce qui change pour vous

Tour d'horizon des nombreuses mesures gouvernementales qui au global représentent un impact de 2 milliards d'euros pour les complémentaires.

Transfert de charge de la Sécurité sociale vers les complémentaires

En septembre 2022, le Gouvernement avait annoncé un transfert de financement de l'Assurance maladie vers les complémentaires santé de 300 millions d'euros. Les mesures finalement prises dépassent les premières estimations : le ticket modérateur (dépenses qui restent à la charge de votre Mutuelle après remboursement de l'Assurance maladie) applicable aux honoraires et aux actes de soins dentaires est passé de 30 à 40 % en octobre 2023, représentant un surcoût pour les complémentaires de 500 millions d'euros en année pleine.

Ce transfert, transparent pour les assurés, va cependant avoir un impact sur les cotisations des complémentaires.

Une nouvelle convention médicale

Le 4 juin 2024, un accord a été signé entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux prévoyant une hausse des tarifs des consultations médicales à partir du mois de décembre 2024. Cela concerne notamment :

- **La médecine générale** : la consultation passera de 26,50 € à 30 € ;
- **La pédiatrie** : pour un enfant de moins de 2 ans, la consultation passera de 38,50 € à 39 € et de 33,50 € à 35 € pour les enfants de 2 à 6 ans ;
- **La psychiatrie, neuropsychiatre ou neurologue** : le prix des consultations atteindra 55 € contre 51,70 € aujourd'hui ;
- **La gynécologie** : il faudra déboursier 37 € au lieu des 33,50 € actuels ;
- **Les consultations spécifiques et téléconsultations** : certains patients, notamment les plus de 80 ans, pourront bénéficier à partir du 1^{er} janvier 2026 d'une « consultation longue » de la part de leur médecin traitant. Cette consultation facturée 60 € sera remboursée par la Sécurité sociale.

À noter que les taux de couverture par l'Assurance maladie et les complémentaires santé resteront inchangés (l'Assurance maladie prendra bien en charge 70 % du montant de la consultation et les mutuelles 30 %).

Par ailleurs, **un nouveau forfait médecin traitant (FMT)** a été créé et sera mis en place en 2026 dans le but de renforcer

le rôle clé du médecin traitant dans le parcours de soins des patients. Ce FMT permettra au médecin de bénéficier d'une rémunération annuelle pour chacun de ses patients.

La téléconsultation

En raison du développement des consultations à distance suite à la crise sanitaire, **le gouvernement a dû réviser les conditions des téléconsultations**. Un arrêt de travail délivré à distance ne peut excéder 3 jours. Au-delà, ou pour tout renouvellement d'arrêt, un examen physique sera nécessaire. Néanmoins, cette mesure ne s'applique pas aux médecins traitants attirés ni aux personnes dans l'incapacité de se déplacer.

Transports sanitaires

La réforme des transports sanitaires vise à réorganiser la réponse des entreprises de transport sanitaire privées aux demandes du service d'aide médicale d'urgence (Samu).

Concrètement, la participation des assurés augmentera en moyenne de 5 €. La prise en charge de l'Assurance maladie passera, elle, de 65 % à 50 %, ce qui signifie que le reste à charge moyen pour les assurés passera de 20 à 25 €.

Protections périodiques

Les jeunes âgées de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la protection Complémentaire Santé Solidaire pourront bénéficier de la gratuité des protections périodiques réutilisables.

Nouvelles garanties avec le 100 % Santé

L'année 2024 marque une évolution majeure dans le cadre du dispositif 100 % Santé, avec l'introduction de nouvelles prises en charge, celles des prothèses capillaires et des fauteuils roulants.

Pour les prothèses capillaires, la garantie concerne les prothèses destinées aux femmes touchées par une maladie comme un cancer par exemple et traitées par chimiothérapie.

Du côté des fauteuils roulants, leur prise en charge par la Sécurité sociale est de 5 200 € maximum. Avec l'extension du 100 % santé, elle sera intégrale.

Traitement préventif contre la bronchiolite

Depuis le 1^{er} juin, le médicament préventif Beyfortus, utilisé contre le virus respiratoire syncytial (VRS), est en partie remboursé par les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie pour les bébés.

Ça bouge dans le monde de l'orthodontie !

Nouvelle convention dentaire, élargissement des remboursements, impact sur les complémentaires santé... Le Dr Rodolphe Avenel, chirurgien-dentiste consultant vous apporte ses éclairages sur ces nombreuses évolutions et leurs impacts.

On entend de plus en plus parler de convention dentaire, de quoi s'agit-il ?

En effet, une nouvelle convention dentaire des chirurgiens-dentistes a été signée. Elle vient d'être complétée par un premier avenant en juillet dernier et s'articule autour de plusieurs axes. Tout d'abord, l'un des éléments phare est ce qu'on appelle la « génération sans carie ». Pour 2024, elle s'adresse aux 3 à 24 ans et sera complétée d'une classe d'âge supplémentaire au fil des années pour couvrir l'ensemble de la population française. Les bénéfices pour ces tranches d'âge mettent l'accent sur la prévention et le dépistage précoce. Plus concrètement, toutes les personnes situées dans une tranche d'âge éligible pourront bénéficier une fois par an d'un examen bucco-dentaire gratuit et d'un remboursement amélioré sur les soins conservateurs associés. Dans un souci d'égalité, 28 actes de prévention (plombage, dévitalisation...) et de dépistage précoce vont subir, à partir de janvier 2025, une augmentation de 4 % des bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, cette nouvelle convention prévoit une évolution du 100 % Santé. À partir du 1^{er} janvier 2026, les actes du panier « Reste à charge 0 » (RAC 0) se renforcent ; les couronnes esthétiques en céramique en zone postérieure, habituellement proposées en panier « libre » ou « modéré » – donc avec un reste à charge partiel ou total – sont désormais incluses dans le panier sans reste à charge accompagnées des bridges en céramique et ce sans aucuns frais supplémentaires.

Ces évolutions ont-elles un impact financier ?

Forcément. 230 millions d'euros. C'est le prix que devront déboursier les complémentaires santé pour toutes ces mesures sur la durée de la convention (5 ans).

Ces dépenses viennent s'ajouter à la réforme d'octobre 2024 visant à diminuer de 10 % le remboursement Sécurité sociale

des actes dentaires pour le transférer sur les régimes complémentaires. Plus concrètement, le ticket modérateur (les dépenses qui restent à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie) passe de 30 à 40 %.

Initialement, les actes constituant l'examen bucco-dentaire des tranches d'âge 3, 6, 9, 12 ans... (opération M'T Dents) étaient payés intégralement par l'Assurance maladie. Depuis la nouvelle convention de 2023, M'T Dents est ouverte à la génération sans carie et cofinancée à hauteur de 40 % par les complémentaires santé.

De plus, en matière de dépistage précoce et de thérapeutique chez l'enfant, un certain nombre d'actes non pris en charge vont désormais être remboursables. C'est le cas, par exemple, de la coiffe pédodontique. Il en est de même pour le développement

du 100 % Santé. L'enrichissement du panier « RAC 0 » par les couronnes zircone et les bridges sur molaires participe à une avancée pour les assurés et l'accès aux soins. C'est également un coût supplémentaire pour les complémentaires santé qui se répercutera sur les cotisations. Mieux soigner implique inévitablement des coûts qui auront un impact sur l'équilibre économique des complémentaires santé et donc sur le niveau des cotisations des adhérents.



Quelles sont les bonnes pratiques en matière d'orthodontie ?

Il y a deux raisons principales à avoir recours à un traitement orthodontique : la raison fonctionnelle car des dents bien rangées permettent une mastication optimale et un brossage facilité. De plus, cela diminue le risque carieux. Ensuite, pour l'aspect esthétique.

Pour les enfants, la Sécurité sociale intervient à hauteur de 6 semestres et le traitement devra débuter avant 16 ans. Un traitement orthodontique bien conduit, quelle que soit la technique utilisée ou la pathologie observée, doit être achevé dans 90 % des cas en 4 semaines de traitement actif. En général, les traitements commencent vers 12 ans en denture permanente. Pour les pathologies plus complexes, un ou deux semestres supplémentaires peuvent être utilisés vers 9 ou 10 ans, avant le traitement actif, visant à diminuer les para-fonctions ou autres problématiques et la durée du futur traitement actif. Concernant les techniques employées, il existe trois modes de traitements. Les appareils amovibles, en voie de disparition, les appareils multi-bagues et les aligneurs par gouttière. Ces derniers sont très à la mode depuis quelques années, surtout chez les adultes. Dans tous les cas, il est obligatoire et nécessaire que le traitement soit suivi d'une contention sous peine de récurrence dans 90 % des cas. J'ajouterais que, comme tout traitement médical, seul votre chirurgien-dentiste est habilité à pratiquer ces actes dentaires et lui seul pourra vous conseiller sur le choix de la technique adaptée à votre pathologie.

Octobre Rose : faites-vous dépister

Même si sa mortalité tend à diminuer, le cancer du sein reste en France le cancer le plus fréquent chez la femme. Détecté tôt, il est généralement plus facile à traiter avec moins de risques de séquelles, un meilleur résultat thérapeutique et donc une augmentation des chances de guérison.

Qu'est-ce qu'un cancer du sein ?

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe à partir d'une cellule au niveau du sein. Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles il se développe. Dans 95 % des cas, le cancer prend sa source dans les cellules épithéliales de la glande mammaire. On parle alors d'adénocarcinome mammaire. Plus rarement, le cancer peut prendre la forme de lymphomes ou de sarcomes; les traitements sont alors très différents.

Quels sont les symptômes ?

Le cancer du sein doit être évoqué devant l'apparition d'une masse mammaire. L'aspect de la peau en regard de la masse (aspect inflammatoire rouge, chaud, douloureux ou alors aspect rétracté ou bombé) et la présence d'un écoulement mamelonnaire unilatéral sont des signaux importants. Il arrive également que le cancer du sein soit révélé par une adénopathie

axillaire, c'est-à-dire par un gonflement du ganglion situé au niveau de l'aisselle.

Comment le diagnostiquer ?

Le diagnostic de cancer du sein est tout d'abord évoqué devant l'apparition d'une masse mammaire. Il arrive parfois que le cancer soit également diagnostiqué au stade

non symptomatique lors du dépistage proposé aux femmes de plus de 50 ans par une mammographie tous les 2 ans. L'interrogatoire de la patiente doit également être porté sur la recherche de facteurs de risque de cancer du sein tel que :

- l'âge (plus de 50 ans),
- le tabagisme actif,
- des antécédents personnels et familiaux de cancer du sein,

LA PRISE EN CHARGE

Le cancer du sein est considéré comme une affection dite de longue durée (ALD). Cela signifie que les traitements et les soins liés à la maladie sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sur la base du tarif conventionnel. Du côté des compléments santé, Mutuelle Mip prend vous rembourse votre reste à charge.

- des facteurs d'exposition aux hormones tels que : des règles précoces, une ménopause tardive, l'absence de grossesse ou l'âge tardif de la première grossesse et certains traitements hormonaux. Les examens complémentaires ayant un intérêt pour qualifier la masse mammaire sont : la mammographie, l'échographie mammaire et, dans certains cas, une IRM mammaire. Dans tous les cas, le diagnostic de cancer du sein est confirmé par une biopsie de la masse mammaire.

En cas de cancer du sein confirmé, des examens complémentaires peuvent être demandés pour évaluer l'étendue de la maladie en fonction des caractéristiques du cancer.

Comment soigner un cancer du sein ?

Le choix du traitement du cancer du sein dépend des caractéristiques de la patiente et du type de tumeur. Parmi les traitements, on peut plus fréquemment retrouver le traitement chirurgical, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie (qui consiste à bloquer les hormones de l'organisme pour éviter qu'elles stimulent le cancer). Seul un spécialiste pourra vous conseiller le meilleur traitement.

Vous l'aurez compris, le dépistage est essentiel et peut sauver des vies. Faites-vous dépister.

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Les femmes ont accès au dépistage organisé du cancer du sein **depuis 2004**.
- En 2023, plus de **61 000** cas ont été recensés.
- Le cancer du sein représente **33 %** des cancers féminins.
- **80 %** des cancers du sein se développent après 50 ans.

LES HOMMES PEUVENT AUSSI ÊTRE CONCERNÉS

Bien que rare, les hommes peuvent en effet présenter les mêmes facteurs de risque que les femmes et être atteints d'un cancer du sein. Moins connu et insoupçonné, sa détection est souvent plus délicate que le cancer féminin. Il n'en est pas moins mortel et son risque augmente avec l'âge, généralement après 60 ans, et avec l'exposition à des facteurs environnementaux cancérigènes. S'agissant des signes et des symptômes, ceux-ci sont généralement similaires chez l'homme et la femme et peuvent inclure une masse ou une tuméfaction dans la poitrine, un mamelon qui pointe soudainement vers l'intérieur (mamelon inversé), une douleur ou une sensibilité dans la poitrine, ou encore des modifications de la peau de la poitrine, comme un épaississement, un plissement ou une rougeur. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter votre médecin.

Interview

Jean-Jacques Berthelé, nouveau Président de Mutuelle Mip

Nous vous l'avions annoncé dans la dernière édition de *Mutualistes*, Jean-Jacques Berthelé a été élu nouveau Président de Mutuelle Mip le 6 juin dernier. Il nous raconte, au travers de quelques lignes, son parcours et son nouveau rôle.

Parlez-nous un peu de vous...

Ma famille est originaire de l'île d'Ouessant, en Bretagne. Mais moi, j'ai grandi et vécu en Afrique pendant de nombreuses années. Aujourd'hui, je suis marié et j'ai cinq enfants. Professionnellement parlant, j'ai eu des postes à responsabilités où le partage, la création et la négociation ont toujours été au cœur de mes missions. J'ai une expérience de plus de 25 ans en qualité de Directeur Général dans le secteur de la mutualité et des assurances de personnes. J'ai également touché au monde de l'industrie du pétrole avec dix années passées chez Esso. Je ne suis donc pas dépaycé chez Mutuelle Mip. J'ai aussi été responsable des relations extérieures et de la formation des étudiants pour le groupe EPSCI (devenu BBA ESSEC). Autant d'expériences qui m'ont rompu aux méthodes de management et de gestion d'une entreprise. Par ailleurs, Mutuelle Mip n'est pas ma première expérience de Président ; j'ai notamment été Président de sociétés d'assurance couvrant les risques santé individuel et collectif. J'ai également été à la présidence d'un cercle celtique et d'un cinéma. J'ai un attrait particulier pour les domaines associatif et culturel.

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir Président de Mutuelle Mip et quel est votre rôle ?

Je suis adhérent de Mutuelle Mip depuis plus de 30 ans. Cela a commencé quand je travaillais chez ESSO mais, même en quittant le monde du pétrole, je suis resté fidèle à notre mutuelle. C'est grâce à ce point, couplé à mes expériences de directeur et à ma connaissance du monde mutualiste, qu'il m'a été proposé de relever le challenge de la succession de Georges. Et je suis fier et heureux



de rejoindre le Conseil d'Administration et les équipes de Mutuelle Mip. Je ne suis pas dans l'opérationnel, cette compétence revient aux équipes de Mutuelle Mip. Mon rôle est plus porté sur la stratégie de la mutuelle ; je suis là pour guider, soutenir la stratégie de développement mise en place et participer à l'évolution de cette belle mutuelle qui a bientôt 100 ans.

J'aimerais en profiter pour évoquer rapidement le Conseil d'Administration qui joue un rôle essentiel dans la bonne santé de notre mutuelle. Chacun de ses membres, moi compris, en sommes des membres actifs et bien sûr bénévoles. Ce qui n'est pas le cas de toutes les mutuelles. Nous travaillons pour l'intérêt collectif avant tout.

Qu'aimeriez-vous dire aux adhérents qui vous lisent ?

En acceptant ce mandat, j'ai à cœur de mettre toutes mes compétences au service des adhérents et d'honorer la confiance qu'ils portent à Mutuelle Mip. Je ne vous apprends rien en disant que le contexte actuel est très mouvementé. Je ne vous apprends rien en vous parlant d'un contexte mouvementé et une réglementation toujours plus exigeante. Nous avons pour mission d'assurer des coûts modérés et de continuer à faire évoluer nos services, malgré tout. Soyez assurés que les équipes, ainsi que les élus, font et feront tout pour assurer le meilleur équilibre possible et répondre au mieux à ces attentes. Quoi qu'il arrive, les adhérents restent notre priorité.



Toux chroniques réfractaires ou inexpliquées, envisager la piste génétique



Le CANVAS est une maladie génétique qui a été récemment associée à environ un quart des personnes souffrant de toux chronique réfractaire ou inexpliquée. En cause : un gène défectueux, et même probablement d'autres, qu'il reste à découvrir.

La toux chronique, fréquente et aux multiples causes (rhinosinusite chronique, dysfonction du larynx, toux d'hypersensibilité, asthme, fibrose pulmonaire, etc.), constitue un véritable enjeu de santé publique. Sa prévalence mondiale est estimée à 9,6 %, mais une étude française publiée en 2021 la situe plutôt à 4,8 % chez les adultes⁽¹⁾, tous degrés confondus. Ce n'est que récemment que l'on a commencé à élucider certains mécanismes des « toux chroniques réfractaires et inexpliquées » qui représentent environ 20 à 25 % des cas et peuvent avoir d'importantes conséquences sur la vie quotidienne et la qualité de vie.

Une véritable maladie

Selon le Pr Laurent Guillemainault, pneumologue au CHU de Toulouse spécialisé dans les pathologies de la toux, la découverte d'une anomalie génétique (l'expansion répétée du gène RFC1, exactement) chez les patients souffrant de toux chronique inexpliquée a permis de changer de paradigme⁽²⁾. Cette identification précise de l'origine génétique permet désormais d'informer les patients qu'ils sont atteints d'une véritable maladie, en l'occurrence génétique, éliminant ainsi toute notion psychosomatique. Il s'agit du CANVAS, au nom compliqué de « syndrome d'ataxie cérébelleuse avec neuropathie et aréflexie vestibulaire », comprenant des troubles de la coordination et de l'équilibre notamment, auxquels on pourrait donc désormais ajouter le symptôme de toux chronique.

Ce n'est qu'en 2019 qu'une étude a identifié la cause moléculaire du syndrome CANVAS, au niveau d'une région du gène RFC1. La protéine produite par ce gène, appelée protéine RFC1, joue un rôle dans la réplication (processus par lequel une cellule copie son ADN avant de se diviser) et la réparation de l'ADN. Et pour étudier la proportion

de personnes atteintes de cette maladie génétique – dont l'un des symptômes est une toux chronique – parmi les patients présentant une toux chronique inexpliquée et résistante aux traitements actuels, le Pr Guillemainault, en collaboration avec d'autres équipes, dont des neurologues et des généticiens, a décidé d'examiner une cohorte de patients touseurs chroniques réfractaires (sans pathologie neurologique) au CHU de Toulouse. Les chercheurs ont ainsi pu évaluer l'incidence du syndrome CANVAS⁽³⁾.

D'autres anomalies génétiques à rechercher

« Dans notre cohorte de patients atteints de toux chronique réfractaire ou inexpliquée, 25 % présentaient bel et bien l'anomalie du gène RFC1, détaille Laurent Guillemainault. Il est de plus possible que certains patients, pour lesquels le gène RFC1 n'a pas été impliqué, souffrent également de cette maladie, mais à cause d'autres mutations encore non identifiées. Chez ces personnes ayant le syndrome neurologique CANVAS, une toux isolée peut précéder les autres symptômes neurologiques de plusieurs décennies. »

Si, à ce stade des découvertes, aucune solution thérapeutique ne peut encore être proposée pour soulager la toux du syndrome CANVAS – les recherches au niveau mondial sont en cours – toutefois, il est réconfortant pour les patients, dont la vie avec une toux invalidante est devenue très compliquée, de pouvoir attribuer un nom et une cause génétique à une maladie dont on leur a dit trop souvent « qu'elle était dans la tête ».

Hélène Joubert

⁽¹⁾ Prévalence de la toux chronique ressentie et diagnostiquée chez l'adulte en France. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. 2021; 13(1):16-17.

⁽²⁾ 4^{es} Rencontres de la toux (Paris, 15 au 16 décembre 2023)

⁽³⁾ Repeat Expansions of RFC1 in Refractory Chronic Cough: A Missing Piece of the Puzzle? *Chest*. 2023 Apr;163(4):911-915.



L'endoscopie bariatrique, une solution dans l'obésité ?

L'endosleeve est une technique endoscopique de prise en charge de l'obésité. Quel rôle les techniques bariatriques mini-invasives pourraient-elles jouer dans un avenir très proche ?



Les interventions bariatriques endoscopiques offrent une alternative prometteuse pour traiter l'obésité. Elles combinent en effet une efficacité satisfaisante et un risque de complications inférieur à celui des différentes chirurgies bariatriques⁽¹⁾. L'endosleeve, ou plus précisément la sleeve gastroplastie endoscopique, la technique d'endoscopie bariatrique la plus aboutie, devient une alternative sérieuse pour la perte de poids chez les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) entre 30 et 34,9 kg/m², ce qui définit l'obésité modérée, voire au-delà. Au point que son remboursement est à l'étude en France. Cette méthode, actuellement mise en œuvre dans des études au sein des centres hospitaliers universitaires et parfois disponible dans le secteur privé à la charge des patients, commence à rivaliser avec des interventions qui étaient autrefois strictement chirurgicales.

Qu'est-ce que l'endosleeve ?

La sleeve chirurgicale consiste à retirer environ 75 à 80 % de l'estomac par coelioscopie, à travers de petites incisions dans l'abdomen, laissant un manchon étroit en forme de banane. L'endosleeve recrée un effet similaire à l'aide d'outils endoscopiques introduits par la bouche jusqu'à l'estomac pour réaliser des sutures. L'endoscopiste, et non plus le chirurgien, ne retire pas l'estomac mais le plicature par l'intérieur, d'où une possible réversibilité.

Une étude publiée en 2021 sur le système OverStitch d'endosleeve a révélé, qu'après cinq ans de suivi, près de 90 % des patients avaient perdu plus de 5 % de leur poids total et 60 % avaient atteint une perte de plus de 10 %⁽²⁾. L'endosleeve se positionne ainsi de plus en plus comme une alternative crédible à la sleeve chirurgicale.

Une comparaison chez des patients avec une obésité de grade 2 n'a montré aucune différence en terme de perte de poids total entre les deux techniques (60 % de perte d'excès de poids pour l'endosleeve contre 74 % pour la sleeve chirurgicale à trois ans), tout en mettant en avant une récupération postopératoire plus simple pour l'endosleeve⁽³⁾. Pour ce qui est des études ayant le plus haut niveau de preuve, dites « randomisées », plusieurs sont déjà parues. Deux ont établi l'endosleeve^(4,5) comme une méthode sûre et efficace, selon les standards internationaux, pour les patients avec un IMC entre 30 et 35 kg/m², avec une perte d'excès de poids de 45 % à un an^(3,4). Les résultats soulignent un taux de complications postopératoires très bas, d'environ 2 %, incluant des hématomes, des hémorragies digestives. Aucune directive de la Haute Autorité de santé (HAS) ne prévoit de prise en charge interventionnelle pour les patients ayant un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m² (obésité de grade 1). Cependant, cette catégorie de patients pourrait potentiellement bénéficier des techniques mini-invasives.

Vers l'endoscopie métabolique

Le concept d'endoscopie bariatrique a même évolué très récemment vers celui d'endoscopie métabolique, intégrant non seulement la perte de poids, mais aussi en agissant sur la glycémie et le « foie gras ». D'autres techniques endoscopiques sont en cours de développement, comme le gastrique bypass endoscopique, ou encore le resurfaçage de la muqueuse du duodénum pour limiter le phénomène d'absorption.

Hélène Joubert

⁽¹⁾ Barthe M. « Place et futur de l'endoscopie bariatrique » ; *Annales d'Endocrinologie*. Sept 2020; 81(14): 132.

⁽²⁾ *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021 May; 19(5):1051-1057.e2.

⁽³⁾ *Gastrointest Endosc*. 2022 Jul; 96(1):44-50.

⁽⁴⁾ *Gut*. 2020 Oct 28; gutjnl-2020-322026.

⁽⁵⁾ *Lancet*. 2022 Aug 6; 400(10350):441-51.



Des drones pour transporter des échantillons biologiques

Et si les drones pouvaient être une solution plus efficace pour déplacer, d'un point A à un point B, des échantillons médicaux ? C'est l'idée qui est actuellement testée notamment entre les hôpitaux de Maubeuge et de Valenciennes (59).

Un drone volant vers un laboratoire avec, à son bord, des échantillons de sang, d'urine, de selles, ou encore de liquide céphalorachidien, pour les faire analyser au plus vite : ce sera bientôt une réalité. C'est en tout cas ce qu'espère le groupement de coopération sanitaire Sambre-Hainaut-Artois biologie (Shab), composé de six centres hospitaliers et de trois cliniques médico-chirurgicales. Son projet, baptisé Air Shab, a pour objectif de relier le centre hospitalier de Maubeuge à celui de Valenciennes qui centralise une partie des activités d'analyse biologique. Une première phase d'expérimentation a été réalisée avec succès en octobre 2023. « Elle a permis d'effectuer trois allers-retours entre les deux sites, de nuit et, pour le moment, sans échantillon », indique Pierre Houssin, pilote du projet et responsable qualité et métrologie.

Des drones autonomes

À terme, les échantillons seront placés dans une mallette de transport adaptée, elle-même insérée dans un coffre du drone. Puis ce dernier sera lancé *via* une application. L'engin utilisé vole à une vitesse de 100 km/h et dispose de 3 kg de charge utile, « ce qui est largement suffisant pour transporter nos échantillons ». Autonome, il reste dans un couloir aérien bien défini. « Il ne peut pas survoler les zones densément

peuplées ou les prisons par exemple, et il faut éviter les lignes à haute tension ou les éoliennes, explique Pierre Houssin. Le drone, assisté par ordinateur, suit un trajet très précis, entre 100 et 120 mètres d'altitude, définit en accord avec l'Aviation civile et des zones d'atterrissage d'urgence sont prévues en cas de besoin. La sécurité est une priorité. »

Plus rapide et plus écologique

Ce mode de transport présente de nombreux avantages. « Le service médical rendu est très positif, considère Pierre Houssin. Tout d'abord en termes de délai – le trajet dure 25 min en drone contre 40 min par la route – et ensuite de prévisibilité – il n'y a pas d'embouteillages. » Mais ce n'est pas tout. « Nous avons estimé que le drone réduit l'impact carbone de cette activité de 93 % », ajoute-t-il. Enfin, il est moins onéreux : « Les gains financiers par rapport au transport routier ne sont pas négligeables. » Toutefois, il existe une limite à l'utilisation du drone : la météo. Un vent supérieur à 45 km/h rend le décollage impossible. « Dans notre région, nous pourrions tout de même le faire voler 95 % du temps, estime Pierre Houssin. L'autre point de vigilance est le givre mais aujourd'hui des évolutions sont en cours pour permettre le dégivrage des ailes. »

Les expérimentations se poursuivent

Une seconde phase d'expérimentation devrait permettre de réaliser des vols de jour et avec des échantillons, cette fois-ci. Au total, 27 rotations sont prévues. Un dossier d'autorisation a été déposé auprès de la Direction de la sécurité de l'aviation civile et les tests devraient pouvoir se dérouler en ce mois d'octobre ou en novembre. S'ils s'avèrent concluants, la ligne Maubeuge-Valenciennes pourrait être opérationnelle au 2^e trimestre 2025. Pierre Houssin et le Shab ne comptent pas s'arrêter là : « Nous étudions la possibilité d'ouvrir d'autres lignes entre les différents sites du groupement. Actuellement une dizaine d'expérimentations comme la nôtre sont en cours en France. Nous sommes en relation avec les hôpitaux qui les mènent et nous partageons nos expériences. La mise en œuvre est en bonne voie et nous pouvons déjà imaginer des développements comme le transport de poches de sang, de chimiothérapies ou encore de médicaments. »

Léa Vandeputte



ENTRETIEN

OLIVIER MILLERON

est cardiologue hospitalier à l'Assistance publique hôpitaux de Paris (APHP) et fervent défenseur du service public. Il est investi au sein de l'association Droit au logement ou encore du collectif Inter-hôpitaux.

« Le maintien du service public de santé doit redevenir un projet de société »

Après Pourquoi fumer c'est de droite, son précédent ouvrage, Olivier Milleron s'est intéressé aux nombreuses idées reçues autour de notre système de santé. Avec son coauteur André Grimaldi, ils prennent le temps de toutes les passer en revue et d'expliquer la réalité du terrain pour donner des clés de compréhension à leurs lecteurs.

Qu'est-ce qui vous a amené à écrire un livre sur le système de santé français ?

› Le système de santé est perçu comme très complexe par les non-initiés. Avec André Grimaldi, nous avons donc eu l'idée d'essayer d'en expliquer ses tenants et aboutissants. L'objectif de ce livre (*Guide des intos sur notre système de santé*, NDLR) est de rendre notre système compréhensible pour que les lecteurs puissent se faire leur propre avis. Nous avons essayé de déconstruire les idées fausses auxquelles nous avons

été confrontés sur le terrain, en discutant avec des patients ou des proches. Nous sommes persuadés que, pour pouvoir défendre le système de santé, il faut déjà comprendre.

Quelle est l'idée fausse qui vous a le plus marqué ?

› La plus importante intox est celle qui dit que la privatisation du système serait efficace et coûterait moins cher. À mon avis, c'est l'idée la plus dangereuse. D'autant qu'elle est complètement fausse quand on regarde ce qui se fait dans d'autres pays. Ceux qui ont fait le choix d'un système privé font aujourd'hui face à un accès aux soins et à une qualité des soins qui se dégradent. C'est le cas notamment des États-Unis qui est le système privé par excellence. Ils dépensent beaucoup plus que nous en termes de pourcentage du produit intérieur brut pour la santé. Mais c'est aussi un système inégalitaire et complètement inefficace. D'ailleurs, l'espérance de vie y est en baisse, ce qui est inédit dans un pays dit riche en période de paix.

Est-ce là la « santé business » que vous dénoncez ?

› La « santé business » est à l'origine de toutes les attaques que notre système

de santé a connu ces dernières années, comme le fait de sortir de plus en plus de soins du remboursement par la Sécurité sociale. Or, nous savons que diminuer sa part et augmenter celle du privé augmente globalement le coût pour la société. Le modèle du marché et de la concurrence ne fonctionne pas dans le cadre de la santé. Nous avons collectivement intérêt à avoir une Sécurité sociale forte pour dépenser moins et être mieux pris en charge. Le budget de la Sécurité sociale est aujourd'hui sanctuarisé. Cela ne se passe pas comme dans les autres administrations où c'est le gouvernement qui gère. Après la Seconde Guerre mondiale, il a été décidé que son budget serait financé par les cotisations sociales et les impôts et que sa gestion serait déterminée de manière collective. Le budget global de la Sécurité sociale (avec les retraites et l'Assurance maladie notamment) est supérieur à celui de l'État. C'est énorme : plus de 600 milliards d'euros par an. Et cet argent, qui n'est ni placé en Bourse, ni dans les banques et qui donc ne rapporte pas, intéresse le privé. Mais attention. Il ne faut pas oublier que, dans les pays où le système des retraites est géré par les fonds de pension par exemple, quand la bourse

s'effondre, les personnes perdent leur retraite. Pour nous, cela va donc à l'encontre de l'intérêt général.

Quelle est, pour vous, la principale force de notre système de santé ?

➤ Nous avons un esprit de service public qui est très ancré dans la population. Nous avons eu un hôpital public qui a été assez fort, assez puissant, pour donner satisfaction à la population. Il a été envié partout dans le monde. Nous avons du personnel bien formé – ce qui est encore le cas aujourd'hui –, avec un accès aux soins relativement égalitaire et un reste à charge faible pour les patients. En France, nous savons qu'un système socialisé permet de soigner la population de façon satisfaisante. Un système fondé sur de l'argent public, où tout le monde cotise en fonction de ses moyens et reçoit selon ses besoins, avec des médecins salariés, répond aux attentes. C'est quand nous avons remis tout cela en cause que nous avons commencé à casser le système et à créer une catastrophe. Malheureusement, l'hôpital public a connu de nombreuses réformes, non pas parce qu'il ne fonctionnait pas bien, mais parce qu'on considérait qu'il coûtait trop cher.

—

« Nous avons un combat à mener contre la financiarisation du système de santé. »

Quelles sont ses faiblesses ?

➤ Une des faiblesses du système est qu'il n'est pas géré par un collectif. Nous sommes en train d'assister à la mise sous tutelle de l'hôpital public. Maintenant, c'est le directeur d'hôpital qui est responsable. Son objectif est de réduire au maximum le déficit et non, d'améliorer la qualité des soins. En parallèle, nous avons le puissant lobby des médecins libéraux qui défendent leurs revenus et leurs intérêts financiers au lieu de l'intérêt général.

Nous avons donc un véritable combat à mener contre la financiarisation du système de santé.

Quel a été l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur notre système de santé ?

➤ Cette période a permis de mettre en avant les collectifs de soins. Elle a montré que les professionnels de santé étaient motivés avant tout par le soin. Ils ne sont pas venus travailler pour des primes ou des gratifications, mais bien dans l'esprit du service public. Nous avons aussi vu que l'hôpital était capable de se réorganiser très vite. Et cela a été possible grâce aux collectifs de travail et à l'absence de concurrence entre les personnes. La capacité d'adaptation et l'intelligence collective y ont été pour beaucoup. Malgré tout, les promesses politiques qui n'ont pas été tenues ont fait beaucoup de mal. Les discours mettaient alors en avant la sortie du marché et la revalorisation de la santé et de l'hôpital public. Mais toutes ces promesses ont été oubliées. Il y a donc eu un sentiment de trahison qui a fait que les personnels sont partis de l'hôpital.

Que faudrait-il faire pour attirer à nouveau les professionnels ?

➤ Le maintien du service public de santé, en particulier les hôpitaux publics, doit redevenir un projet de société. Pour cela, il faut mettre des moyens, sans forcément mettre beaucoup plus d'argent mais, au moins, changer la répartition des financements. La tarification à l'activité (T2A) a eu des effets pervers très importants. Aujourd'hui, nous sommes dans une logique de garagiste : une panne/ un symptôme, un diagnostic, une réparation/un acte, une facture. Or, cela ne fonctionne pas pour les malades chroniques qui ont besoin d'une prise en charge globale. Pourquoi est-ce que l'on se retrouve avec des personnes âgées polyopathologiques qui attendent des heures aux urgences ? Les services ne veulent pas les prendre

en charge parce que ça ne rentre pas dans le cadre de la T2A. Ce mode de financement n'est pas adapté aux besoins de la population. Il faut absolument remettre la qualité des soins au centre du dispositif.

Quelle est pour vous la mesure prioritaire pour améliorer notre système de santé ?

➤ Il y en aurait plusieurs mais je pense que mettre en place un ratio nombre de malades/personnel dans l'hôpital public serait très symbolique. On pourrait imaginer qu'un ratio de sept ou huit patients par infirmière, à ajuster en fonction des besoins des services, soit inscrit dans la loi, un peu comme dans les crèches. Cette masse salariale serait sanctuarisée dans le budget de l'hôpital et elle ne serait plus la variable d'ajustement. Cela permettrait aussi d'avoir de bonnes conditions de soins. Avec un programme progressif de mise en place sur quatre ou cinq ans, nous pourrions totalement changer de paradigme. Quand on parle de santé, il faut toujours se demander : quel est notre intérêt collectif, que voulons-nous comme système ?

Répondre collectivement à ces questions est un enjeu démocratique.

Propos recueillis par Léa Vandeputte



📖 *Guide des intox sur notre système de santé*, d'Olivier Milleron et André Grimaldi, Textuel, 192 pages, 18,90 euros.



Des os solides pour un squelette vivant

Notre squelette se renouvelle chaque jour. Avec le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation ou l'avancée en âge, la perte osseuse peut prendre le pas sur sa régénération et favoriser les fractures, signal d'alerte de l'ostéoporose. Comment limiter les risques ?

Dossier rédigé par Violaine Chatal

➤ L'os est un tissu solide en constant remodelage. Appelée os compact (ou cortical), sa partie périphérique dure est composée principalement de protéines (comme le collagène) et de cristaux minéraux (hydroxyapatite) jouant un rôle fondamental dans sa solidité structurelle et sa résistance. Sa partie interne (os spongieux ou trabéculaire) est plus tendre et moins dense. Tissu remplissant les espaces de l'os trabéculaire, la moelle osseuse (rouge) contient des cellules spécialisées y compris des cellules souches qui produisent les cellules sanguines. Entouré de nerfs et irrigué par des vaisseaux sanguins, l'os joue cinq rôles principaux : le soutien des muscles et de la peau, la protection des organes vitaux, la réalisation des mouvements, le stockage des minéraux comme le calcium ou le phosphore et la formation des globules rouges et blancs.

Les os se régénèrent en permanence

Les os se reconstruisent en permanence pour rester solides. Endommagés, ils sont remplacés par des os sains grâce aux ostéoclastes qui détruisent l'ancien os et les ostéoblastes qui fabriquent le nouvel os. C'est le seul organe capable de s'auto-reconstruire, en cas de fracture ! Avant l'âge de 50 ans, ces phénomènes sont en équilibre mais, au-delà, les hormones sexuelles, dont les taux chutent lors de la ménopause chez les femmes par exemple, perturbent le remodelage osseux. Maladie diffuse du squelette, l'ostéoporose est caractérisée par une diminution de la densité de l'os et des altérations de sa qualité entraînant une baisse de sa résistance. Comme le rappelle la Journée mondiale de l'ostéoporose organisée chaque année le 20 octobre, cette maladie concerne plus de 4 millions de femmes ménopausées en France. À l'origine de plus de 480 000 fractures par an, cette maladie silencieuse, dont la fréquence augmente avec l'âge, a des conséquences en termes de qualité de vie et de mortalité. Elle provoque une fragilisation de l'os et une augmentation du risque de fracture. L'ostéoporose évolue généralement sans se faire remarquer et c'est souvent après une fracture qu'elle est diagnostiquée. Outre ces ruptures osseuses de plus en plus fréquentes surtout au niveau du fémur ou du poignet, elle se manifeste par des fractures vertébrales à l'origine d'un rapetissement, des déformations de la colonne vertébrale et surtout des douleurs au niveau du dos. Or, elle est très mal prise

LES FONCTIONS ENDOCRINIENNES DE L'OS

Des études ont montré que l'os était un organe endocrine à part entière qui régule des fonctions vitales. Sécrétée par les ostéoblastes et entrant dans la composition de l'os, l'ostéocalcine assume en effet plusieurs missions essentielles. Elle joue ainsi un rôle concernant la régulation de la glycémie, la biosynthèse de la testostérone, la stimulation de la sécrétion d'insuline ou encore la réponse au stress grâce à son implication dans le métabolisme énergétique.

206
C'EST LE
NOMBRE D'OS À
L'ÂGE ADULTE

ENTRE
4 ET 6 KG
C'EST LE POIDS
DU SQUELETTE
DE L'HOMME (ET
ENTRE 3 ET 4 KG
CHEZ LA FEMME)

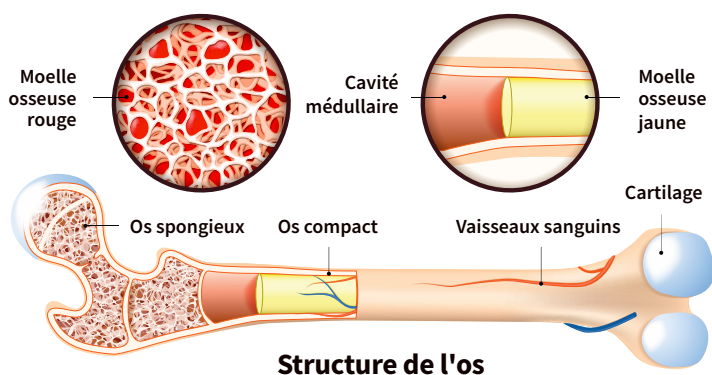
en charge selon le Dr Laurent Grange, rhumatologue au CHU Grenoble Alpes. « 85 % des personnes qui sortent de l'hôpital après une fracture liée à une fragilité osseuse ne sont pas traitées actuellement en France. En 2030, il y aura plus de 24 % de fractures en raison de la non prise en charge de l'ostéoporose », explique-t-il rappelant que cette maladie concerne aussi les hommes. Ainsi, 1 homme sur 5 de plus de 50 ans serait concerné en raison du vieillissement.

Indispensable calcium

Pour prévenir les fractures et l'ostéoporose, il est important de faire le plein de calcium car ce minéral donne de la solidité à la charpente. Chaque jour une fraction du calcium des os est métabolisée et utilisée par le corps et il faut

donc la trouver dans notre alimentation. « Tout au long de la vie, il faut des apports en calcium codifiés c'est-à-dire 900 mg durant la vie adulte, 1 200 mg à l'adolescence ou pendant la grossesse et 1 200 mg par jour après la ménopause », indique le Dr Grange.

En pratique, vous devez consommer un produit laitier à chaque repas, ce qui suffit ainsi à couvrir les deux tiers des besoins quotidiens, le reste étant fourni par une alimentation équilibrée. ➤➤➤



Structure de l'os

»» Un produit laitier, qu'il soit entier, écrémé ou allégé, contient le même taux de calcium. Mais certains sont plus riches que d'autres. Le parmesan, par exemple, contient 1,3 g de calcium pour 100 g, comme tous les fromages à pâte cuite ou compacte (emmental, gruyère, comté). Mettez aussi à votre menu des féculents, comme des pois cassés par exemple, des légumes crucifères et des fruits secs. Pensez également aux eaux minérales. « *L'eau minérale Courmayeur apporte 557 mg de calcium par litre et n'est pas salée. C'est une eau que je prescris aux patients qui supportent mal les produits laitiers. Contenant 549 mg/l de calcium, l'Hépar est aussi à conseiller surtout quand on est constipé* », explique le Dr Grange. Ne négligez pas non plus les protéines car il existe une relation entre les protéines animales et le métabolisme osseux. Pour un apport optimal, il vous suffit de manger une fois par jour au choix : de la viande blanche, de la viande rouge (mais uniquement une fois par semaine), du poisson, de la volaille ou des œufs. Vous pouvez également compléter par certains aliments riches en protéines végétales tels les légumes (brocolis, épinards...), les légumineuses (haricots blancs ou pois chiches), les céréales complètes (quinoa ou seigle) mais aussi les amandes, le tofu ou le persil.

Des études épidémiologiques ont, également, suggéré que les régimes riches en vitamine K étaient associés à un risque plus faible de fractures de la hanche chez les personnes âgées. Cette vitamine se cache principalement dans les légumes verts et elle participe en effet à la minéralisation des os. Des apports de 200 à 500 microgrammes par jour sont nécessaires. En plus du calcium, plusieurs nutriments sont indispensables à la santé des os comme plus



particulièrement la vitamine D (voir encadré ci-dessous) mais aussi le magnésium, le zinc, le cuivre, le manganèse, le bore, le phosphore et le fluor.

Du sport mais avec des micro-chocs !

Même s'il n'est pas suffisant à lui seul, l'exercice physique permet de maintenir dans une certaine mesure la masse osseuse. Les études démontrent qu'une activité physique d'une heure, pratiquée deux ou trois fois par semaine pendant un à trois ans, favorise la stabilisation de la perte osseuse. « *L'activité physique favorise la stimulation osseuse et en particulier les activités physiques avec micro-chocs. Les micro-chocs stimulent, en effet, des petites cellules appelées ostéocytes qui commandent la fabrication osseuse dans l'os. C'est la raison pour laquelle la marche et la course sont plus indiquées que le vélo et la natation quand on souffre d'ostéoporose* », complète le Dr Grange. L'exercice physique peut également avoir un effet positif sur la bonne santé des muscles et la perception de la position des différentes parties du corps limitant ainsi le risque de chutes. Deux séances de sport par semaine suffisent et, après la cinquantaine, si on n'est pas entraîné, il est préférable d'éviter les sports à risque de traumatismes comme le ski ou la musculation qui supposent des efforts brutaux. En revanche,



LA VITAMINE D, ESSENTIELLE AUX TISSUS OSSEUX

« *Pour anticiper le risque d'ostéoporose, il est nécessaire d'avoir un apport suffisant en vitamine D, soit 800 unités par jour, tout au long de sa vie car cette vitamine favorise l'absorption et la fixation du calcium par les os. Elle est synthétisée principalement grâce au soleil : il suffit d'exposer 15-20 minutes ses bras, ses mains, ses avant-bras et son visage en dehors des heures trop chaudes en été* », conseille le Dr Grange. « *Cependant, avec l'âge, la peau vieillissant, la fabrication en vitamine D est de moins en moins efficace. Il faut donc globalement supplémenter les personnes âgées en vitamine D* », ajoute-t-il.

vous pouvez pratiquer du yoga, du taï-chi, du qi gong ou de la danse pour travailler l'équilibre et réduire ainsi le risque de chutes mais aussi et bien sûr des exercices ciblés de gymnastique ou le Pilates qui renforcent les muscles présents dans les zones de fractures ostéoporotiques.

Gare à certains mouvements

Les tassements des vertèbres représentent les fractures les plus fréquentes. Pourtant, il serait simple de les prévenir en évitant par exemple de soulever une charge avec le haut du corps



penché en avant. La bonne habitude à prendre ? Pliez plutôt les genoux et conservez le dos bien droit pendant que vous la déplacez. Faites-vous aider autant que possible pour transporter des éléments trop lourds. De même, quand vous faites votre lit, pensez à vous mettre plutôt à genoux. Remplacez vos sacs de course par des caddies et vos sacs de voyage par des valises à roulettes. Enfin, pour limiter les risques de chutes, méfiez-vous des surfaces glissantes ou des fils électriques qui traînent dans les pièces de vie, etc. En bref, veillez à adopter une bonne posture en toute occasion pour préserver cette précieuse ossature ! ■



TROIS QUESTIONS AU...

Dr Laurent Grange,

rhumatologue au CHU Grenoble Alpes et auteur du livre *Stop à l'arthrose**.

Quand consulter en cas de suspicion d'ostéoporose ?

Il faut consulter son médecin après une fracture survenue après l'âge de 50 ou 60 ans provoquée par une chute de sa hauteur mais aussi après des fractures plus graves comme celles de la hanche, du bassin, des vertèbres, du fémur ou du genou. Il faut également prendre l'avis d'un médecin si on a des parents du premier degré qui ont déjà eu une fracture du col du fémur, si on est une femme maigre ou si on a eu une ménopause précoce. Parmi les autres facteurs de risque de l'ostéoporose figurent le tabac et l'alcool, des apports vitaminiques et/ou calciques insuffisants, la prise de certains médicaments comme les corticoïdes de façon prolongée, ainsi que certaines maladies comme les maladies thyroïdiennes. Le diagnostic de cette maladie repose sur un interrogatoire complet, un examen médical et une densitométrie osseuse, qui permet de mesurer la densité minérale osseuse (DMO).

Quels sont les traitements de cette maladie ?

Globalement, notre squelette se renouvelle tous les 10 ans. À la ménopause, en raison de la baisse hormonale, la destruction osseuse devient supérieure à la formation osseuse. D'autre part, l'os se renouvelle plus vite mais perd dans le même temps en qualité. Certains traitements de l'ostéoporose ont donc pour objectif de ralentir ce remodelage osseux afin que l'os puisse se fabriquer lentement et solidement. Ils permettent de réduire le risque fracturaire jusqu'à plus de 70 %. Ils reposent sur des biphosphonates, des médicaments qui sont des anti-résorbeurs et qui vont ralentir le remodelage osseux. Un autre anti-résorbeur (le denosumab) dissocie l'activité entre les ostéoblastes et les ostéoclastes et donc ralentit le remodelage osseux. Le raloxifène est un autre anti-résorbeur qui abaisse le remodelage osseux à peu près au niveau pré-ménopausique. Le traitement hormonal est, lui aussi, un anti-résorbeur mais il n'est prescrit

qu'en cas de troubles climatiques et pas après 65 ans. Enfin, le teriparatide est un médicament à base de parathormone (PTH) qui va stimuler la formation osseuse.

Sur quoi reposent les travaux de recherche ?

Ils reposent sur des médicaments ostéoformateurs comme les inhibiteurs de la sclérostine qui sont sortis mais ne sont pas remboursés en France contrairement à ce qui se fait dans certains pays d'Europe. Les travaux de recherche portent aussi sur d'autres formes des molécules déjà présentes sur le marché. Ainsi la PTH, qui est administrée sous forme d'injections, est déjà sortie sous forme de spray ce qui est beaucoup moins contraignant. D'autres molécules sont testées de même que certains médicaments habituellement prescrits pour d'autres maladies. La recherche est très active dans ce domaine et des progrès existent. Encore faut-il que les patients puissent être pris en charge et traités !

** Stop à l'arthrose, Dr Laurent Grange, Éditions Solar.*



La diète cétogène, un régime à ne pas prendre à la légère

Du gras, du gras, du gras... et beaucoup moins de sucre. Très strict, ce régime surnommé « keto » compte de plus en plus d'adeptes, affichant des motivations variées. On fait le point sur les bénéfices prouvés et sur les risques encourus.

On lui prête de nombreuses vertus pour la santé et les performances sportives. Le régime cétogène est-il vraiment idéal pour garder la forme ? « À l'origine, dans les années 1920, il a été développé pour traiter les épilepsies résistantes aux traitements médicamenteux », rappelle le Pr Boris Hansel, endocrinologue-nutritionniste à l'hôpital Bichat à Paris et coordonnateur de la chaîne PuMS (Pour une meilleure santé) sur Youtube. Depuis, des études ont prouvé son efficacité dans ce cas thérapeutique, pour la réduction de la fréquence des crises. Autre argument fiable en la faveur du régime cétogène : il favorise la perte de poids et améliore l'équilibre glycémique des personnes qui vivent avec un diabète.

Les graisses comme principale source d'énergie

En revanche, « nous n'avons aucune certitude qu'il soit le meilleur régime pour lutter contre les maladies chroniques, le vieillissement, etc. Aucune preuve ne soutient ces théories. Concernant la prévention du cancer, des études sont en cours, mais nous ne disposons pas encore de résultats qui permettent d'affirmer que le régime cétogène réduit le risque », insiste le Pr Hansel, devant le succès connu par l'alimentation « keto » ces dernières années.

La diète fonctionne selon le principe suivant : on utilise deux à quatre fois plus de lipides que de protéines et de glucides. Des glucides qui, par ailleurs, ne doivent pas dépasser 50 g par jour – voire 20 g par jour dans un régime cétogène strict. On retrouve donc dans l'assiette quantité de crème, beurre, huiles et mayonnaise. À l'inverse, on réduit fortement les féculents (pâtes, riz, pomme de terre, pain...),

les légumineuses (lentilles, pois et haricots secs), les fruits, les desserts sucrés, etc. Si le régime est suivi scrupuleusement, les réserves de glucose dans le corps deviennent insuffisantes pour couvrir les besoins en énergie. L'organisme utilise alors les graisses comme principale source énergétique, en les transformant en corps cétonique.

Une alimentation contraignante, avec des effets secondaires

Les repas comprennent donc moins de fibres, moins de vitamines et de minéraux... Des déficits en certains micronutriments, par rapport à ce qui est recommandé, peuvent apparaître. « Ce qui ne signifie pas qu'ils auront des conséquences sur la santé. Déficit ne veut pas dire carence », assure le Pr Boris Hansel. Des effets secondaires comme de la fatigue, des nausées ou de la constipation sont rapportés, « mais, pour la plupart des personnes, il n'y a pas de danger à court terme ». La question se pose sur le long terme, car les études manquent sur le sujet. Au-delà de quelques mois, on recommande un suivi médical. Pour les enfants épileptiques, le régime cétogène débute généralement dans le cadre d'une hospitalisation, afin de surveiller la tolérance et de former la famille.

Par ailleurs, ce type d'alimentation reste contre-indiqué pour les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que dans certains types de diabète. Il s'avère aussi très contraignant au quotidien, difficile à suivre sur le long terme, et tolère peu les écarts. Ainsi, adopté ponctuellement pour perdre quelques kilogrammes, il risque d'occasionner une prise de poids plus importante par la suite. Selon le médecin Boris Hansel, « le premier risque du régime cétogène est comportemental : vous mettez votre corps en restriction. Il se peut que vous arrêtez tout d'un coup et connaissiez un rebond avec des compulsions alimentaires ». En théorie, lorsqu'on se lance dans un régime pour maigrir, il faudrait donc être prêt à s'alimenter ainsi « à vie ».

Clémentine Delignières



📖 *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement - Rapport d'expertise collective, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), 2010.*

📖 *Martin-McGill KJ, Bresnahan R, Levy RG & Cooper PN, Les régimes cétogènes pour l'épilepsie pharmaco-résistante, Réseau Cochrane, 2020.*



Réseau Etre : le pari de l'insertion verte

Le réseau des Écoles de la transition écologique (Etre) se développe à travers la France avec une mission simple mais cruciale : permettre à des jeunes en décrochage ou en reconversion de retrouver un emploi en lien avec l'écologie.

Ce n'est pas vraiment le lieu où l'on s'attend à voir un organisme de formation s'implanter. C'est pourtant à Lahage, un petit village de 194 habitants au sud-ouest de Toulouse, que la première école du réseau Etre a pris racine. C'était en 2017. Elle tente de répondre à plusieurs enjeux : faciliter l'accès à l'emploi, lutter contre le décrochage scolaire et accélérer la transition écologique.

Une lente maturation



Ce projet est porté par Frédéric Mathis. Dès les années 2000, il fonde l'association de formation 3PA, le prototype des écoles de la transition écologique. « J'ai commencé par sensibiliser les jeunes des quartiers sensibles de Toulouse à l'écologie, via des ateliers, se remémore-t-il. Leurs retours étaient positifs mais ils avaient d'autres problèmes : remplir le frigo et trouver un emploi. Il fallait absolument leur proposer des solutions et les impliquer dans la transition écologique. »

Il décide alors de les emmener chez lui, à la campagne, et de leur mettre « les mains dans la terre ». « Certains ont adoré, et ont voulu savoir comment en faire un métier », se souvient-il. Après plusieurs années à développer des formations avec son association, il lance le réseau Etre. « Nous avons choisi ce nom car il y a des enjeux de sens, d'utilité, de la place que l'on peut trouver dans la société », explique-t-il.

Le pari de la pratique

Le concept de départ est simple : cibler les jeunes de 16 à 25 ans en décrochage scolaire et social, et leur donner le goût pour des métiers en lien avec la transition écologique. « Il n'y aura pas de transition sans formation », estime-t-il. L'accent est mis sur la pratique. « Peu importe qui tu es, dans la première demi-heure, tu dois avoir un outil en main, indique Frédéric Mathis. C'est un vrai enjeu de valoriser l'intelligence de la main. » Et c'est un succès. À travers un système de franchise, 25 sites ont depuis



Les écoles du réseau Etre mettent l'accent sur la pratique.

ouvert sur tout le territoire, dans lesquels « toutes les formations sont similaires : des chantiers encadrés par des spécialistes, des rencontres avec des artisans, et un peu de théorie ». L'éventail de formations est large : de garde forestier à agriculteur bio, en passant par technicien en panneaux photovoltaïques ; des métiers en pénurie de main-d'œuvre.

Un public élargi et diversifié

La grande majorité des écoles du réseau se sont implantées loin des grandes agglomérations, dans ce que Frédéric Mathis appelle « des zones périurbaines ». « C'est un choix délibéré, confie-t-il. Ça a un impact d'être au milieu de la nature, de sortir des quartiers. Ce sont aussi des villes-dortoirs qu'on a eu envie de redynamiser. » L'école fait le pari d'une mixité sociale, géographique et de genre. Ainsi, « 75 % de nos élèves sont soit sans emploi, soit en décrochage scolaire et sans diplôme, constate-t-il. Mais désormais, nous accueillons également des gens qui ont fait Sciences Po et sont en crise de sens, des adultes en reconversion, ou des demandeurs d'asile. »

Objectif 2027

Avec 35 salariés et un taux d'insertion de 76 %, le réseau a trouvé la stabilité et peut se projeter dans l'avenir. Frédéric Mathis espère atteindre les 60 écoles sous la bannière « Etre » d'ici à 2027. Au-delà de ce bilan chiffré, c'est surtout une certaine approche de la pédagogie qu'il veut faire perdurer. « Ce qui nous motive, c'est la question de la confiance, affirme-t-il. Ces jeunes sont souvent considérés comme des sans voix. À la fin de la formation, ils nous disent qu'on leur a redonné confiance en eux, et c'est ça le plus beau. »

Mathieu Yerle

📖 Frédéric Mathis est l'auteur de *J'ai rêvé d'une école*, publié en août 2024 aux éditions Calmann-Lévy.



Médecins militaires français soignant des blessés après la bataille d'Inkerman, en Crimée, le 5 novembre 1854.

XVII^e siècle

La genèse

Les débuts de la médecine militaire sont intimement liés au règne de Louis XIV, le Roi-Soleil. C'est lui qui lance la construction de l'Hôtel des Invalides à Paris, pour accueillir les blessés au combat. La seconde moitié du XVII^e siècle voit aussi la création d'hôpitaux militaires sur l'ensemble du territoire, principalement dans les villes fortifiées par Vauban. Inspirées par les travaux d'Ambroise Paré, pionnier de la chirurgie et de la médecine militaire au XVI^e siècle, les pratiques se perfectionnent lentement jusqu'à la guerre de Succession d'Espagne qui débute en 1701 et mène à la création d'une institution officielle compétente.

Le Service de santé des armées : trois siècles de médecine

Le Service de santé des armées (SSA) s'est affirmé, au fil du temps, comme une institution à la pointe des avancées en matière de recherche médicale et d'organisation dans la prise en charge des patients. Retour sur cette histoire en quelques dates clés.

22 mars 1708

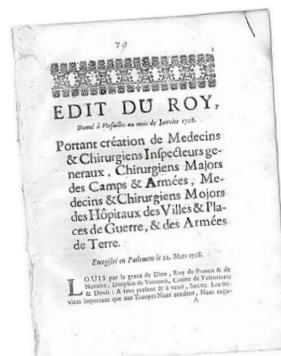
L'Édit fondateur

C'est finalement le 22 mars 1708 qu'est inscrite dans le marbre la raison d'être de la médecine militaire à la française. « *Les services importants que nos troupes nous rendent nous engageant de veiller à leur conservation et soulagement dans leurs maladies et blessures, nous avons cru ne le pouvoir faire d'une manière plus avantageuse pour elles qu'en établissant pour toujours, à la suite de nos armées et dans les hôpitaux de nos places de guerre, des médecins et chirurgiens généraux et particuliers en titre d'offices, qui aient la capacité et l'expérience nécessaire pour bien panser et médicamenter les officiers et soldats* », indique le préambule du texte.

Le service et ses hôpitaux militaires se développent

et se perfectionnent petit à petit.

Les effectifs sont en croissance constante, passant de 271 officiers en 1708 à 1 216 lorsque la Révolution éclate.



Première page de l'Édit de 1708, considéré en France comme l'acte fondateur du Service de santé des armées.



FIGURES EMBLÉMATIQUES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Antoine-Augustin Parmentier (1737-1813) a mis en place la vaccination antivariolique dans les armées. Chirurgien militaire, **Robert Picqué** (1877-1927) a proposé les premiers réseaux d'évacuation sanitaire aérienne. À l'avant-garde de la médecine préventive, **Eugène Jamot** (1879-1937) obligeait l'administration coloniale à appliquer des directives visant à protéger les populations africaines contre les maladies et a développé la lutte contre la trypanosomiase (la maladie du sommeil). **Hyacinthe Vincent** (1862-1950), qui a participé à la mise au point du

vaccin contre la typhoïde, a imposé la vaccination TAB (contre la typhoïde et les paratyphoïdes A et B) des troupes françaises durant la Grande Guerre. **Charles Hédérer** (1886-1967) a travaillé sur la protection contre l'arme chimique et **Robert Grandpierre** (1903-1984) sur le fonctionnement cérébral en apesanteur et a ainsi développé les premiers programmes de biologie et de physiologie spatiales. Enfin, **Valérie André** (1922), première femme pilote d'hélicoptère et médecin de guerre, s'est spécialisée dans l'évacuation médicale hélicoptérée lors des guerres d'Indochine et d'Algérie.

1882

Un Service de santé indépendant

Avec la Révolution française, l'instabilité politique rejaillit directement sur le Service de santé des armées (SSA), encore très lié à la royauté. Les effectifs sont multipliés par dix lors des événements les plus sanglants de 1789 à 1794, avant de décroître de manière spectaculaire jusqu'à la prise de pouvoir par Napoléon I^{er}. Lorsque ce dernier enclenche ses campagnes militaires à travers l'Europe, le SSA est en déliquescence. L'empereur n'accorde que peu d'importance au service.

À la chute de l'Empire en 1815, le SSA a certes gagné en expérience sur les différents théâtres de guerre mais son niveau organisationnel et médical s'est effondré. Placé sous le contrôle de l'Intendance, le service perd en autonomie.

Mais la seconde partie du XIX^e siècle voit le SSA reprendre sa marche en avant. Puis un nouveau règlement lui offre son indépendance en 1882. Dès lors, l'accent est mis sur l'hygiène militaire. Les épidémies s'enchaînent à travers le monde, au moment où la France s'engage dans des guerres coloniales. La recherche pour prévenir les différentes maladies qui touchent les militaires avance à grands pas. Mais un nouveau bouleversement intervient le 3 août 1914, lorsque l'Allemagne déclare la guerre à la France.

1914

Le défi de la Grande Guerre

L'artillerie, désormais de bien meilleure qualité, cause de graves blessures. Il n'est plus question de procéder aux opérations d'urgence sur le terrain. Face à l'arrivée de blessés en flux quasi constant dans les hôpitaux militaires, l'organisation des services est totalement revue. Les blessés sont classés selon la gravité de leurs cas. Le triage médico-chirurgical est né. La pratique inspirera ensuite les services d'urgence civils. L'ampleur de la guerre favorise aussi le développement de la chirurgie réparatrice. Dans l'entre-deux-guerres, le SSA se renforce encore avec le développement de nouveaux moyens de locomotion. L'automobile puis l'aviation commencent à être utilisées, un soutien de taille pour l'évacuation des blessés et l'acheminement du matériel médical.

1943

Une nouvelle organisation à l'américaine

L'instauration du régime de Vichy en 1940 désorganise totalement le SSA. Il parvient à se reconstituer au sein de l'Armée française de Libération, créée en 1943, qui participera au débarquement un an plus tard. Intégrés aux forces des Alliés, les militaires français profitent de l'occasion pour s'inspirer de nouvelles manières de travailler, notamment de celles de l'armée américaine. Plus question d'attendre l'arrivée des blessés à l'hôpital militaire pour les prendre en charge. La méthode américaine consiste à déployer, au plus près des combats, un bataillon médical assurant à la fois les premiers secours et le triage des blessés. L'évacuation sanitaire aérienne prend son envol à cette époque.

XXI^e siècle



La technologie au service de la santé

Le SSA se renforce et se perfectionne. Surtout, il est totalement remodelé à partir de 1997, date de l'arrêt du service militaire obligatoire. Avec la baisse des effectifs, la professionnalisation des militaires et la chute du nombre de blessés et de conflits, les stratégies et processus d'actions sont optimisés. Même si le rôle prescripteur du SSA en matière de santé publique et de recherche s'est amoindri avec le temps, les échanges avec la médecine civile demeurent. Le SSA se consacre aujourd'hui pleinement à sa mission première d'accompagnement médico-chirurgical des troupes.

Mathieu Yerle

▣ *Sources : Histoire méconnue du Service de santé des armées : la genèse d'un service, de Florian Cazaudebat, 2023 ; Le service de santé des armées : histoire, enjeux et défis, de Patrick Godart, Inflexions, 2012 ; Defense.gouv.fr, rubrique « Mieux nous connaître » puis « Trois cents ans d'histoire » ; Le service de santé des armées ou trois siècles d'histoire, de Raphaël Demoulin, Cybrien Chartois et Jacques Le Vot, La Revue du Praticien, 17 septembre 2020.*



Quels dispositifs et allocations spécifiques pour les aidants ?

Isolés ou surmenés, les aidants peuvent rapidement se retrouver en difficulté. Pour les accompagner, découvrez toutes les aides.

Le terme d'aidant familial ou aidant naturel désigne une « *personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap* ». Le statut d'aidant a été renforcé notamment par la loi de mai 2019 relative aux congés de proches aidants et à leurs droits sociaux. « *Ces droits sont sous-utilisés car beaucoup d'aidants ignorent qu'ils le sont mais aussi car les aides sont portées par plusieurs acteurs différents et qu'il est difficile de s'y retrouver* », indique Morgane Hiron, déléguée générale du collectif Je t'aide, regroupant 32 structures qui défendent et accompagnent les aidants*. Il existe trois principaux types de réponses aux besoins des aidants : des aides financières, des aides au répit et des solutions d'information et de formation.

Des aides financières ou de congés

Certaines entreprises proposent aux aidants des facilités de télétravail ou encore de bénéficier de dons solidaires de RTT non pris. D'autres employeurs vont même jusqu'à aider financièrement

leurs collaborateurs pour la prise en charge de jours de repos. Le congé de proche aidant permet de cesser temporairement son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou souffrant d'une grave perte d'autonomie. Depuis 2016, la loi prévoit un droit au répit pour les aidants familiaux. C'est un moment pendant lequel la personne aidée est prise en charge par des professionnels. Ce dispositif finance partiellement l'accès à des solutions temporaires à domicile ou à l'extérieur du domicile pour pouvoir souffler : auxiliaire de vie faisant office de relais, accueil de jour, accueillants familiaux. Parfois, le Département, la caisse de retraite ou la mutuelle complètent cette aide pour qu'il n'y ait plus de reste à charge. L'interlocuteur clé pour ce droit au répit ? Une des 250 plateformes de répit réparties sur la France (www.soutenirlesaidants.fr) qui cherchent avec l'aidant les meilleures solutions de répit et l'accompagne pour constituer son dossier. « *Cependant, ce droit au répit est restrictif: il s'adresse seulement aux aidants d'un proche en perte d'autonomie ou handicapé et seulement si cette personne arrive au maximum de son niveau d'aide* », souligne Morgane Hiron.



Se faire accompagner et se former

« *Le soutien moral des aidants, leur accès à des informations et à des formations sont assurés principalement par les associations* », informe Morgane Hiron. Il existe des lignes d'écoute gratuites, anonymes, avec au bout du fil des anciens aidants formés à l'écoute active, par exemple celle de l'association Avec nos proches. Les aidants peuvent également rejoindre un des 1 500 groupes de parole, en physique ou en distanciel, dans une association de patients. L'Association française des aidants propose ainsi le dispositif Café des aidants. « *Certaines associations, notamment Le Lien Psy, font également du soutien individuel et psychologique* », ajoute la déléguée générale du collectif Je t'aide. Parmi les solutions apportées aux aidants, on trouve aussi des formations généralistes comme celles dispensées par la Compagnie des aidants ou en lien avec la pathologie du proche aidé. « *Cela permet de se former à la pathologie du proche aidé mais aussi d'apprendre comment réagir, de comprendre ses limites, d'identifier ses besoins et d'avoir accès aux solutions sur différents plans* », pour Morgane Hiron.

* <https://associationjetaide.org>

Anne-Sophie Glover-Bondeau

À vos agendas

Le 6 octobre, ce sera la 15^e Journée nationale des aidants. Elle leur permet de se reconnaître comme tel car aujourd'hui en France, encore près de 1 aidant sur 2 ignore. C'est aussi l'occasion de s'informer, de se faire accompagner et de rencontrer des structures ou d'autres aidants.

La lettre de l'Économie sociale

Bulletin d'abonnement

à retourner par courrier à La lettre ESS, CIEM : 12, rue de l'Église, 75015 Paris, ou par E-mail à contact@ciem.fr

Je m'abonne et je choisis ma formule :

FORMULE PAPIER + NUMÉRIQUE

1 AN / 23 NUMÉROS

270 € TTC (France)

285 € TTC (International)

2 ANS / 46 NUMÉROS

495 € TTC (France)

525 € TTC (International)

FORMULE 100 % NUMÉRIQUE

1 an / 23 numéros : 220 € TTC

2 ans / 46 numéros : 390 € TTC

Nom

Prénom

Société

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

E-Mail

Mode de règlement

Chèque libellé à l'ordre de Ciem

Virement : Crédit Coopératif

RIB 42559-1000-08000933448-67

IBAN FR76-4255-9100-0008-0009-3344-867

BIC CCOOPFRPPXXX

Date & Signature



Vous êtes concernés par l'économie sociale et solidaire ?

Découvrez La lettre de l'Économie sociale

Retrouvez, deux fois par mois, un condensé d'informations sur l'économie sociale et solidaire, par courrier et en ligne. Dans chaque numéro, *La lettre de l'Économie sociale* décrypte l'actualité de l'ESS et présente :

- des interviews de responsables d'organisme ou de fédération, de ministres, de professeurs...
- des comptes-rendus d'études, de rapports, de conférences ou colloques,
- l'actualité des mutuelles et des institutions,
- une revue de presse, synthèse des articles majeurs parus sur l'ESS dans la presse nationale et spécialisée.

Abonnez-vous dès maintenant pour ne rien manquer de l'essentiel de l'ESS, en ligne sur le site de *La lettre de l'Économie sociale*, economiesociale.com ou par courrier.

La lettre de l'Économie sociale, bimensuelle d'informations mutualistes, coopératives et associatives, est éditée par la Coopérative d'Information et d'Édition mutualistes (Ciem) – Rédaction, administration et abonnements: 12, rue de l'Église, 75015 Paris – Tél.: 01 44 49 61 00 – E-mail: contact@ciem.fr – Prix de vente au numéro: 12,30 € – Abonnement annuel (23 n°): 270 € – Commission paritaire n°: 0525 I 83045 – ISSN: 0248-8957 – Fondateur: Jean-Louis Girodot – Présidents d'honneur: Georges Optat, Georges Rino – Directrice de la publication: Laurence Hamon – Directeur délégué: Philippe Marchal – Rédacteur: Jacques des Courtils – Imprimerie: Chateaudun Reprographie – L'autorisation d'effectuer des reproductions, par reprographie ou dans le cadre d'un panorama de presse diffusé sur Intranet, doit être obtenue auprès du Centre français du droit de copie (CFC). www.economiesociale.com.



Je m'inscris et je paye en ligne, sur le site de La lettre de l'Économie sociale



ÉCOUTER VOIR
OPTIQUE & AUDITION MUTUALISTES

Ça a du style de soutenir l'emploi local.

COLLECTION
Juste.



*Offre valable jusqu'au 31/12/2024. Réduction de 40€ sur une monture Origine France Garantie à partir de 139€ équipée de verres unifocaux avec traitement antireflet. Réduction de 60€ sur une monture Origine France Garantie à partir de 139€ équipée de verres progressifs avec traitement antireflet. Hors 100% Santé. Non cumulable avec tout autre offre, avantage ou promotion. Ce dispositif médical est un produit de santé réglementé qui porte au titre de cette réglementation le marquage CE. Demandez conseil à votre opticien. Points de vente relevant du code de la Mutualité. Photos non contractuelles. Crédit photo : Julien Attard. Visaudio SAS - RCS Paris 492 361 597. Juillet 2024.



JUSQU'À

60€

OFFERTS*
POUR L'ACHAT D'UNE
MONTURE ORIGINE
FRANCE GARANTIE
+ VERRES ANTIREFLET

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

PARIS CPCE

P7

LA POSTE
DISPENSE DE TIMBRAGE