

mutualistes

MAGAZINE DE PRÉVENTION SANTÉ - N°356

ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

Mip aux côtés des entreprises
et des salariés du pétrole
depuis plus de 90 ans

ALAIN TOLEDANO

« La médecine doit
repositionner le patient
au centre »

GREFFES ET DONS D'ORGANES POUR SAUVER DES VIES



ÉDITO

« L

a greffe, c'est une nouvelle vie qui commence », témoigne Jean-Marie, transplanté bipulmonaire, dans ce nouveau *Mutualistes*. En 2022, la France s'est dotée d'un plan greffe ambitieux de 210 millions d'euros mais plus de 20 000 personnes étaient toujours en attente d'une greffe. Notre dossier fait le point sur les progrès réalisés et à venir en matière de greffe et de don d'organes (p. 14). Et pour permettre aux médecins de se consacrer pleinement à la recherche, les premiers centres hospitaliers et universitaires (CHU) ont été créés dès 1958 comme nous le raconte notre page « Histoire » consacrée à la création de l'hôpital moderne (p. 20).

Aujourd'hui, de nouvelles priorités se dessinent pour le monde hospitalier et les soignants. « *La médecine doit repositionner le patient au centre* », rappelle le Dr Alain Toledano dans une longue interview (p. 12). Ce cancérologue regrette que « *moins de 3 % des budgets soient consacrés à la prévention* » et milite pour une prise en charge globale des patients, ce qu'il appelle la santé intégrative mise en œuvre à l'Institut Rafaël qu'il a fondé en 2018.

Action de prévention exemplaire à suivre à la trace, le Bus du Cœur des Femmes sillonne les quartiers défavorisés afin de proposer un dépistage, ciblé et gratuit, pour réduire les maladies cardiovasculaires au féminin (p. 23). La fondation Agir pour le cœur s'est ainsi fixé pour objectif de sauver la vie de 10 000 femmes d'ici 5 ans.

Prévention toujours, sur les téléphones portables, les CD, au cinéma ou en concert, les sons compressés sont omniprésents dans notre quotidien. Cette technique de mixage, qui consiste à supprimer les écarts entre les sons forts et les sons faibles, n'est pas sans conséquence pour notre audition, et à tout âge (p. 11).

Autre impact de notre environnement sur la santé, 40 000 décès sont attribués chaque année en France à la pollution aux particules fines. En 2035, exit les véhicules thermiques!

En attendant, des solutions existent pour réduire notre empreinte carbone au volant (p. 18). Retrouvez nos « 10 commandements d'une conduite propre », à adopter avec les bonnes résolutions de l'année 2023.

La rédaction



Mutualistes, n° 356, janvier, février, mars 2023. 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, Céline Durr, Anne-Sophie Glover-Bondeau, Hélène Joubert, Constance Périn, Benoît Saint-Sever et Léa Vandeputte. • Réalisation graphique: Delphine Colas. • Impression: Maury Imprimeur SAS, rue du Général-Patton, ZI, 45330 Malesherbes. • Couverture © Shutterstock. Ce numéro 356 de « Mutualistes, Objectif et Action » de 24 pages comprend: une couverture et cinq pages spéciales (3, 4, 5, 6 et 7) pour la Mutuelle Saint-Aubannaise; une couverture et trois pages spéciales (3, 4 et 5) pour Memf; une couverture et sept pages spéciales (2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8) pour MCA; une couverture et huit pages spéciales (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10) pour MIP. Commission paritaire: 0723 M. 06546. Dépôt légal: janvier 2023. © Mutualistes, Objectif et Action, 2023. 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 »: P Tot 0,002 kg/tonne de papier. Prix du numéro: 1,88 €. Abonnement annuel: 7,50 € (4 numéros par an) à souscrire auprès de la Ciem, 12, rue de l'Église, 75015 Paris.





20-21



12-13



14-17

11

Sommaire

4-10 // ACTUALITÉ DE LA MUTUELLE

11 // PRÉVENTION

- Sons compressés: quel impact sur notre santé auditive?

12-13 // ENTRETIEN

Alain Toledano

« La médecine doit repositionner le patient au centre »

14-17 // DOSSIER

Greffes et dons d'organes pour sauver des vies

18-19 // ENVIRONNEMENT

- Moins polluer en conduisant

20-21 // HISTOIRE

- Comment s'est créé l'hôpital moderne?

22 // VIE PRATIQUE

- Copropriétés: les règles ont changé

23 // ENGAGEMENT

- Le Bus du Cœur des Femmes sillonne la France

Retrouvez votre magazine Mutualistes sur  @Mutualistes et sur  @Mutualistes.infos



LE MOT DU PRÉSIDENT

Chers adhérents, chers amis,

À l'heure où je vous adresse ces quelques lignes, la loi relative au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) est dans ses allers-retours entre députés et sénateurs. Chacun y va de ses ajouts ou rejets, et nous n'aurons probablement le résultat qu'au cours du mois prochain, comme il en est d'usage depuis longtemps.

Les circonstances post-Covid (qui n'a pas disparu comme par enchantement), associées à la guerre en Ukraine, et l'inflation hors du commun, sont toutefois plus complexes qu'il n'y paraît.

Nous n'osions pas comparer jusqu'à récemment les dépenses de prestations santé de 2020 et 2021 avec celles de 2019, tellement cela nous paraissait incongru, compte tenu des périodes traversées.

Sachez qu'aujourd'hui, ce sont celles de 2022 qui dépassent largement à fin septembre celles de septembre 2021. Il y a un an, à ce moment, tout le monde entendait les fuites et attendait le rapport sur la « Grande Sécurité sociale », certainement pas oublié par tous, mais tout au moins reporté *sine die*. Alors ce n'est pas la faute de la « Grande Sécu » ! Doit-on tout mettre sur le dos du « 100 % Santé » ?

Sans doute pas, mais il est évident que les grands stratèges qui pensaient que les économies sur l'optique permettraient de compenser les dépenses supplémentaires à venir avec le panier dentaire et l'audio se sont trompés.

Par ailleurs, on peut toujours craindre des décalages dans le temps pour des maladies non détectées à temps et qui ne peuvent qu'empirer.

Votre mutuelle n'a pour objectif que de satisfaire au mieux les adhérents, mais là aussi, l'augmentation des dossiers à traiter et les difficultés de recrutement ne permettent pas toujours de respecter les critères qui font notre différence.

Je ne peux vous quitter sans vous souhaiter de bonnes fêtes de fin d'année et une année 2023 qui commence pour vous en bonne santé.

Bien cordialement

Georges Renouard
Président de la Mutuelle Mip

Mutuelle Mip, Assemblée générale 2023 au Mans



À l'occasion du 94^e anniversaire de Mutuelle Mip, le président régional Olivier Robinet et sa section régionale Atlantique auront le plaisir d'accueillir les délégués et les administrateurs lors de l'Assemblée générale qui se tiendra au Mans les 25 et 26 mai 2023. Les documents d'inscription seront adressés aux participants courant février 2023.



Mip aux côtés des entreprises et des salariés du pétrole depuis plus de 90 ans

L'origine pétrolière de Mutuelle Mip explique sa compétitivité et son professionnalisme.

Dès 1929, à une époque où n'existait aucun système de couverture sociale généralisée, se constituèrent les premières mutuelles dans l'industrie du pétrole. En 1945, avec la création tant attendue d'un système global de Sécurité sociale, les mutuelles durent s'adapter à un nouveau rôle. Six d'entre elles fusionnèrent pour donner naissance à la Mutuelle de l'Industrie du Pétrole.

Mip la mutuelle historique d'une industrie de pointe
Créée pour des professions nouvelles, dans une industrie à fort développement, la Mip qui se nomme désormais Mutuelle Mip a toujours occupé une position de pointe dans l'univers de la mutualité. Que ce soit pour son organisation ou pour l'étendue et le haut niveau de ses remboursements, elle est



régulièrement citée comme un expert reconnu dans la protection santé collective. Cette expertise, cette qualité de gestion ne sont jamais imposées au détriment des principes de solidarité qui sont l'essence même d'une véritable mutuelle spécialiste du collectif.

Depuis notre création, notre unique vocation est la santé
Parce que nous faisons bien ce que nous savons faire, nos activités et leur développement sont et seront toujours axés sur les risques médicaux; face à une concurrence de plus en plus vive, tant par la multiplication des acteurs que par la diversification des offres.

Quand la santé est en jeu...

De nos jours, la santé est un des domaines où s'entrecroisent le plus étroitement l'économique et l'humain. Ainsi, elle dépasse nécessairement la logique de marché et de concurrence. Lié à toutes les évolutions de la société, important pour l'équilibre financier d'un budget familial, essentiel pour certains adhérents, un système de remboursement complémentaire se doit de répondre à des règles d'efficacité, d'équité et de solidarité. À l'heure d'un vaste débat sur l'évolution des dépenses de santé, nous savons qu'adhérents et entreprises sont de plus en plus sensibles à la clarté, aux avantages et à la pérennité d'un service que peut seule offrir une formule mutualiste démocratique et solidaire. C'est pour cette raison que nous consacrons la totalité de notre savoir-faire à la protection du mieux-être de nos adhérents. Nous sommes des spécialistes de la protection santé en entreprise et cette spécialisation nous permet d'offrir un service plus précis, plus efficace et plus généreux. ●●●

Notre mission de partenaire évolue, notre métier demeure

Assurer une protection personnalisée et optimale de la santé est notre métier

Les besoins pratiques de la protection sociale médicale ne sont pas les mêmes pour tous. Cette tendance à la diversification s'amplifie avec la multiplication des progrès médicaux, l'évolution d'une consommation médicale utile, la différenciation des modes de vie et un environnement réglementaire de plus en plus strict. Élément récent à prendre également en compte, la dégradation de la santé en cas de crise sanitaire, accélérée par le renoncement aux soins.

Une véritable mutuelle, pour un véritable avantage social

L'adhésion à un organisme de complémentaire santé est une étape importante pour une entreprise. Adhérer à la Mutuelle Mip, c'est avoir la certitude de choisir une « vraie » mutuelle avec une solution personnalisée qui va donner satisfaction à l'ensemble du personnel, des gestionnaires et des partenaires sociaux de l'entreprise.

Véritable partenaire santé, Mutuelle Mip accompagne les entreprises et leurs salariés tout au long de la vie du contrat. Relation personnalisée, efficacité de gestion, haut niveau et rapidité des remboursements, vie mutualiste authentique, sont nos arguments et nous en apportons la preuve chaque jour.

- Interlocuteur privilégié identifié pour chaque entreprise et chaque salarié,
- Engagements auprès de nos adhérents, tant sur la qualité du service que sur la gestion des dossiers;

Des atouts incontournables pour des solutions santé personnalisées



Souplesse de nos structures

Pour s'adapter aux contraintes de gestion des entreprises, dans un esprit de collaboration ouvert



Réactivité de l'ensemble de nos équipes

Avec des engagements sur nos retours tarifaires, réponses téléphoniques et traitement de nos prestations



Accompagnement personnalisé de l'entreprise et des salariés

Dans le développement et le suivi tout au long de la vie du contrat

- Représentation des adhérents dans les instances politiques de la mutuelle, Assemblée générale, Conseil d'administration, Bureau.

Chaque jour, nos adhérents sont n° 1

Notre offre renforcée de services évolue pour correspondre aux besoins croissants des adhérents et en particulier répond concrètement à leurs situations quotidiennes. Selon le contrat souscrit, en collectif ou à titre individuel, les services peuvent être inclus ou optionnels. Mutuelle Mip soutient également ses adhérents par son action sociale, qui permet d'accompagner un adhérent en difficulté par des aides financières ou matérielles.



Mip Assistance

Soutenir nos adhérents dans leurs difficultés, 24h/24, 7j/7

- Services à la personne
- Aide et conseils pour les situations de la vie courante



Téléconsultation médicale et 2^e avis médical

En France ou à l'étranger, 24h/24 et 7j/7, des professionnels de santé vous apportent une réponse de qualité à vos questions médicales



Fonds social Mip

S'engager et agir concrètement en matière de solidarité auprès de nos adhérents, en situation de difficulté face à la santé ou au handicap



Réseau de soins Itelis

Concilier santé, qualité et économie avec 9 000 professionnels de santé rigoureusement sélectionnés à votre service



pour les adhérents salariés



www.mutuelle-mip.fr et application Mip

Accéder à votre mutuelle et à vos services en ligne 24h/24 et 7j/7



Centres mutualistes proches de chez vous

Bénéficier des avantages du premier réseau de soins mutualiste : exigence de qualité et prix contrôlés

Une efficacité dont tous nos adhérents bénéficient

Prévoir et anticiper les besoins de demain, avec des systèmes de santé spécifiques qui permettent à toute entreprise, quel que soit son secteur d'activité, d'offrir à ses salariés une protection encore plus personnalisée.

- **Des solutions sur mesure**

Mutuelle Mip propose des études en complémentaire santé et prévoyance

- **Des solutions clés en main**

Une gamme complète de garanties santé responsables ou non responsables à destination des entreprises, des particuliers et des travailleurs non salariés (TNS).

Mutuelle Mip, fière de nos origines, ambitieuse pour notre avenir

Mutuelle Mip, mutuelle interprofessionnelle, renforce son offre et son positionnement

Aujourd'hui, Mutuelle Mip affirme son héritage de « vraie » mutuelle spécialiste du collectif, intervenant sur tous les secteurs d'activité. En premier lieu, nous avons changé notre nom et

notre logo au 1^{er} janvier 2022 : nous sommes devenus la Mutuelle Mip l'Entreprise Santé, nom qui reflète à la fois notre identité mutualiste, avec des valeurs fortes et notre positionnement interprofessionnel, non limité à un secteur d'activité spécifique.

Nous avons aussi noué un partenariat de développement avec le groupe AG2R La Mondiale. Nous sommes tous deux dans une vraie logique de partage et de travail en commun, et nous attendons beaucoup de ce partenariat.

En parallèle, nous avons cette année renoué des liens forts avec le marché, et en particulier avec nos partenaires courtiers. Notre positionnement de mutuelle spécialiste du collectif, très réactive, avec une réelle souplesse et une culture du sur-mesure, répond clairement aux attentes de nos entreprises partenaires et de leurs salariés.

Solidarité | Démocratie | Liberté | Proximité
Compétente, efficace, fidèle à une vocation sociale généreuse, Mutuelle Mip représente aujourd'hui et pour demain, l'un des éléments clé d'une protection de la santé plus créative et plus performante.

100 % Santé, quel bilan ?

La réforme du 100 % Santé ou « Reste à charge zéro » est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, pour l'optique et les soins prothétiques dentaires, puis au 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives.

Ce dispositif mis en place par les pouvoirs publics afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, permet aux adhérents d'un contrat de complémentaire santé dit responsable, d'accéder à des soins et équipements intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle. Grâce au baromètre 100 % Santé édité par l'Unocam (Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire), basé sur une enquête menée auprès des organismes de complémentaire santé, nous disposons aujourd'hui de résultats concernant l'évolution des restes à charge des assurés et le financement des trois postes concernés sur l'année 2021 par rapport à 2019. Quels sont les résultats ?

Baisse du reste à charge des assurés

- pour les prothèses dentaires (passant de 316 € à 225 €, soit - 29 %);
 - pour les aides auditives (passant de 1 256 € à 754 €, soit - 40 %).
- Cette diminution est rendue possible par l'intervention des organismes complémentaires santé. On observe par ailleurs une légère augmentation du reste à charge en optique. Ce constat est à corréluer au faible recours à l'offre 100 % Santé, puisqu'il représente 6,1 % des actes en optique (monture et verres).

Augmentation des dépenses de santé

- sur les trois postes avec une très forte hausse des prestations

versées par les Organismes d'Assurance maladie complémentaires (Ocam). Les organismes complémentaires financent 61 % des dépenses totales sur ces trois postes en 2021 contre 55 % en 2019 (+ 6 points). Les dépenses sont très dynamiques pour les aides auditives (+ 96 %) et les prothèses dentaires (+ 47 %).

Financement des offres 100 % Santé

Le recours à ces offres est très significatif pour les prothèses dentaires et les aides auditives, nettement plus faible en optique. Les organismes complémentaires santé sont les principaux financeurs de la réforme 100 % Santé en remboursant 77 % du coût des offres 100 % Santé sur les trois postes (optique, aides auditives et prothèses dentaires), soit 2,5 Md € sur un total de dépenses de 3,2 Md €.

L'enquête permet de faire un point de situation sur le recours au tiers payant complémentaire (TPC), très élevé en optique (78,5 %) et pour les aides auditives (70,6 %). Il est en cours de déploiement pour les prothèses dentaires. Le président de l'Unocam, Marc Leclère, précise que ce baromètre 100 % Santé confirme les bons résultats en termes de baisse du reste à charge des assurés pour les prothèses dentaires et les aides auditives et met également en évidence l'engagement des organismes complémentaires santé, partenaires essentiels de cette réforme.

Source : Unocam

L'essentiel du 100 % Santé

Précisée par plusieurs textes d'application, cette réforme a fait évoluer les nomenclatures, les tarifs applicables, l'exercice des professionnels concernés ou encore les modalités de prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les contrats responsables des complémentaires santé. L'objectif du 100 % Santé : permettre à tous les Français d'accéder à des soins et des équipements en audioprothèse, en optique et en dentaire sans reste à charge. Demain, l'élargissement du 100 % Santé pourrait également concerner les soins orthodontiques des enfants.

Rétrospective et principales étapes pour mieux comprendre la réforme 100 % Santé

Pour chacun des trois postes (optique, audiologie et dentaire), plusieurs paniers de soins sont instaurés. Un seul, le panier 100 % Santé, assure un reste à charge nul pour les bénéficiaires d'un contrat responsable et doit répondre à des critères de prix limites de vente (en optique et audiologie) ou, pour le dentaire, à des honoraires limites de facturation.

Bien entendu, vous pouvez choisir ce panier 100 % Santé ou non. **Mais, le panier 100 % Santé vous garantit un reste à charge nul** sur vos dépenses de santé en optique, audioprothèse ou dentaire, après remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de votre mutuelle.



L'audioprothèse

Au 1^{er} janvier 2019, mise en place progressive du 100 % Santé : plafonnement du coût des appareils et amélioration du remboursement de l'Assurance maladie.

Au 1^{er} janvier 2021, choix entre deux classes :

Classe I : les équipements 100 % Santé

Ce sont les aides auditives intégralement prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et votre mutuelle, produits définis selon le type et les options d'équipement.

Classe II : les équipements à « tarifs libres »

Si vous optez pour un équipement de cette classe, vous pouvez avoir un reste à charge après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de votre mutuelle, en fonction de la garantie santé souscrite.

Attention : dans le cadre des contrats responsables, le remboursement des aides auditives est plafonné, depuis le 1^{er} janvier 2021, pour les équipements de Classe II « tarifs libres » à 1 700 € par oreille (remboursements de l'Assurance maladie + Mutuelle). La prise en charge en cas de renouvellement sera possible tous les 4 ans.



Le dentaire

Au 1^{er} janvier 2020, choix entre 3 paniers de soins prothétiques :

Le panier 100 % Santé

Couronnes, inlays-core, bridges et prothèses, intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et votre mutuelle.

Le panier « tarifs maîtrisés »

Il comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés et vous assure un reste à charge modéré, après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de votre mutuelle, en fonction de la garantie santé souscrite.

Le panier « tarifs libres »

Vous pouvez choisir librement les techniques les plus innovantes ou répondre à des exigences esthétiques particulières sans plafonnement de tarifs remboursés, en fonction de la garantie santé souscrite.

Attention : les honoraires limites de facturation dépendent du type de prothèse, de la localisation de la dent (dent visible ou non visible) et du matériau employé.



L'optique

Au 1^{er} janvier 2020, choix entre :

Classe A : les équipements 100 % Santé

Ce sont les équipements intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et votre mutuelle.

Classe B : les équipements à « tarifs libres »

Si vous optez pour un équipement de cette classe, vous pouvez avoir un reste à charge après remboursements de l'Assurance maladie Obligatoire et de votre mutuelle, en fonction de la garantie santé souscrite.

Les équipements mixtes

- 2 verres 100 % Santé et 1 monture à « tarifs libres » ou 1 monture 100 % Santé et 2 verres à « tarifs libres »
- Dans ce cas, seules les parties 100 % Santé seront intégralement prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et votre mutuelle.

Attention : dans le cadre des contrats responsables, le remboursement pour les montures est plafonné, depuis le 1^{er} janvier 2020, pour les équipements de Classe B à « tarifs libres » à 100 € (remboursements de l'Assurance maladie + Mutuelle). Le renouvellement des équipements sera possible : tous les 2 ans pour les 16 ans et plus (hors situation médicale particulière), tous les ans pour les moins de 16 ans.

À retenir : demandez un devis à votre professionnel de santé pour comparer les différents paniers et analyser votre reste à charge.

Les bonnes pratiques de votre espace adhérent mutuelle-mip.fr

Le site mutuelle-mip.fr facilite vos démarches et contacts au quotidien. Votre espace adhérent convivial, clair et intuitif est parfaitement sécurisé pour échanger en toute tranquillité avec votre Mutuelle Mip.

Nouvel adhérent ? Première connexion ? Comment accéder à son espace adhérent ?

1. Rendez-vous sur la page d'accueil du site www.mutuelle-mip.fr et cliquez sur **ESPACE ADHÉRENT** pour être dirigé vers l'écran « Se connecter ».
 2. Renseignez votre numéro d'adhérent et votre mot de passe, puis cliquez sur **Se connecter**.
- En cas de première connexion, cliquez sur « Première connexion » et suivez les instructions. Un lien vous sera envoyé à l'adresse e-mail que vous aurez renseignée. Attention, votre adresse e-mail doit être identique à celle enregistrée dans notre base de données.

Mot de passe oublié

En cas de perte ou d'oubli de votre mot de passe, ou si vous souhaitez le modifier, cliquez sur « Réinitialiser votre mot de passe » et suivez les indications. Un lien vous sera envoyé à l'adresse e-mail que vous aurez renseignée. Une fois cette étape franchie, vous avez accès à tous les services en ligne pour simplifier et effectuer vos démarches courantes.



1 Mettre à jour vos informations personnelles

Pour effectuer toute modification, rendez-vous à la rubrique « Mes informations personnelles », sélectionnez les données à modifier, puis cliquez sur "Valider" pour les enregistrer.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une adresse e-mail valide vous permet une relation 24h/24 et 7j/7 avec votre Mutuelle Mip. Pour gagner du temps et faciliter vos démarches, pensez à communiquer ou à actualiser votre adresse e-mail. Cliquez sur le champ e-mail, puis sur « Modifier mes coordonnées ». Indiquez ou modifiez alors votre adresse e-mail et cliquez sur « Valider ».

2 Signaler tout changement éventuel en quelques clics



Vous changez d'adresse, sans changer de département ?



Modifiez vos données personnelles directement sur votre espace adhérent



Vous changez de département et donc de CPAM ?



Transmettez-nous copie de votre nouvelle attestation Vitale



Vos coordonnées bancaires changent ?



Adressez-nous votre nouvel IBAN sur www.mutuelle-mip.fr



Vous souhaitez maintenir les droits de vos enfants de plus de 20 ans sur votre complémentaire santé ?



Faites-nous parvenir une copie de votre nouvelle attestation Vitale



Vous venez d'avoir/d'adopter un enfant ?



Faites-nous parvenir un extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable/une copie du jugement définitif d'adoption plénière

Faciliter vos démarches et contacts, pour mieux vous servir

Adressez-nous vos demandes ou contactez votre mutuelle à la rubrique « **Mes demandes** » de votre espace « Adhérent ».

Mes Demandes

-  Demande de remboursement
-  Demande de devis
-  Demande de prise en charge hospitalière
-  Envoi d'un justificatif administratif
-  Autre demande
-  Edition Carte tiers payant

Sélectionnez votre demande et précisez le type de demande sans oublier de joindre simplement et en toute sécurité le ou les documents correspondants.



En fonction de votre choix, vous pouvez :

Envoyer vos factures uniquement pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale. Rappel : si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez aucune facture à nous transmettre.

Transmettre le devis de votre professionnel de santé (chirurgien, anesthésiste, dentiste...) pour obtenir une estimation de votre remboursement.

Demander une prise en charge en cas d'hospitalisation.

Adresser vos justificatifs de changement de situation (attestation Sécurité sociale/ Vitale, attestation Pôle Emploi, RIB, mandat SEPA...).

Demander l'adhésion ou la résiliation d'un bénéficiaire, d'une option, un changement de garantie ou un renseignement sur un remboursement ou sur une cotisation...

Rééditer votre carte de tiers payant ou celle de vos ayants droit.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Envoyer plusieurs justificatifs pour une même demande c'est possible ! Si pour une même demande, vous devez nous adresser plusieurs documents (fichiers, justificatifs, ordonnances, etc.), cliquez sur « Importer fichier(s) » pour le premier justificatif, puis cliquez sur « Importer d'autres fichiers » pour les suivants.



3 Adresser vos demandes et transmettre vos justificatifs

D'un simple clic et en fonction de votre besoin, adressez vos justificatifs ou effectuez vos demandes à la rubrique « Mes Demandes » 24h/24 et 7j/7.

4 Prendre connaissance de l'ensemble des services Mutuelle Mip

Quels sont les services dont je bénéficie ? Comment les utiliser ? En tant qu'adhérent à la Mutuelle Mip, vous avez accès à un panel de services pour faciliter votre quotidien. Ils sont accessibles d'un simple clic sur mutuelle-mip.fr dès votre connexion à votre Espace adhérent, à la rubrique « Mes services ».

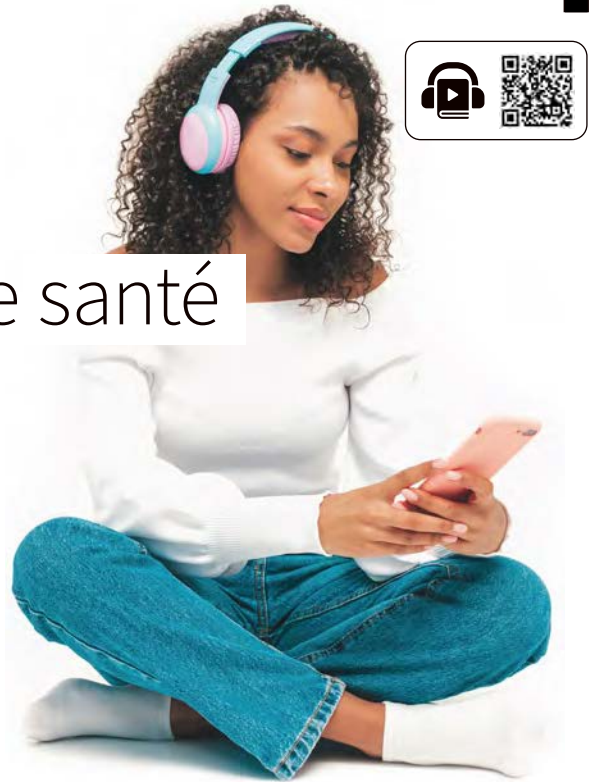
Sons compressés : quel impact sur notre santé auditive ?

De plus en plus présents dans notre quotidien depuis les années 1980, les sons compressés permettent de mieux entendre dans des environnements bruyants. Mais cette technique n'est pas sans conséquences pour nos oreilles, comme le montre une étude récente.

Utilisée à l'origine pour rééquilibrer des instruments, la compression est une technique de mixage qui consiste à supprimer les écarts entre les sons forts et les sons faibles. On relève le niveau sonore des sons faibles, pour qu'ils soient mieux perceptibles, tout en diminuant les sons trop forts. Ainsi, tous les sons ont la même intensité ce qui permet, en théorie, de mieux percevoir certains d'entre eux, notamment dans des lieux bruyants comme la rue ou les transports en commun. Grâce à la compression, tous les sons pertinents peuvent dépasser et donc occulter les bruits de fond. Popularisé notamment à la radio ou par les logiciels de visioconférence, ce principe est désormais utilisé dans les cinémas, les concerts mais aussi sur les téléphones portables, les CD, les consoles de jeux vidéo et à la télévision.

Des pauses sonores nécessaires

Ainsi compressés, les sons que nous entendons ne comportent plus les pauses pourtant nécessaires au repos de l'oreille et du cerveau. Nous perdons aussi la perception des nuances fines. Or nos oreilles ont besoin de ces contrastes sonores. Quand nous en sommes privés, nous avons inconsciemment tendance à mettre le volume plus fort. Une étude est en cours sur les effets délétères du son compressé. Des premiers résultats ont été révélés lors de la Semaine du Son de l'Unesco, en janvier dernier. Elle est menée par le Pr Paul Avan, professeur de biophysique à l'université Clermont Auvergne et directeur du Centre de recherche et d'innovation en audiologie humaine (Ceriah) à l'Institut de l'audition. Son équipe a fait écouter de la musique à 90 cochons d'Inde au système auditif proche du nôtre. Si les animaux n'ont rien perdu en termes de capacités, ils ont subi une fatigue auditive pendant plus de deux jours. « Chez des cobayes exposés à une musique compressée pendant 4 heures au niveau maximum légal,



comparés à des cobayes exposés à la même dose de musique non compressée, il n'y a pas de changement d'audiogramme tonal avec l'exposition. Celle-ci semble donc sûre, mais le réflexe protecteur des muscles de l'oreille moyenne est aboli pendant plusieurs jours », indique l'Institut de l'audition.

Comment limiter les effets délétères des sons compressés ?

Les spécialistes militent pour la création d'un comité scientifique qui devrait labelliser des sons moins compressés et moins dangereux pour la santé car ils contiendraient quelques millisecondes de pause nécessaires pour permettre aux oreilles de se reposer. Autre solution pour préserver notre audition : rééduquer l'oreille et réapprendre à écouter en pratiquant par exemple un instrument acoustique ou le chant dans une chorale et... retrouver le goût du son naturel.

Violaine Chatal

Bientôt un label « qualité sonore »

Après avoir fait adopter en 2017 à l'Unesco la résolution sur « L'importance du son dans le monde actuel : promouvoir les bonnes pratiques », la Semaine du Son crée un label « qualité sonore », en partenariat avec Universal Music, Thomas Dutronc, l'Ircam et l'Unesco. Ce label devrait permettre de sensibiliser les diffuseurs et les distributeurs sur les conséquences sanitaires de la surcompression. Sélectionnée au Forum de Paris sur la Paix, l'association La Semaine du Son a présenté les 11 et 12 novembre derniers ce projet de label « qualité sonore ». Il devrait voir le jour en 2024.



© Institut Rafaël

ENTRETIEN

ALAIN TOLEDANO

Alain Toledano est oncologue-radiothérapeute. Il est directeur du centre de cancérologie Hartmann et a fondé l'Institut Rafaël à Levallois-Perret (92). Il dirige également la Chaire de recherche en santé intégrative au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

« La médecine doit repositionner le patient au centre »

Spécialiste du cancer, le docteur Alain Toledano défend une médecine plus focalisée sur le malade que sur la maladie. Il milite pour une prise en charge globale des patients tant sur le plan physique, mental que du bien-être. C'est ce qu'il appelle la santé intégrative ; une nouvelle manière de pratiquer la médecine qu'il met en œuvre au sein de l'Institut Rafaël qu'il a fondé en 2018 et qu'il présente dans son livre *L'art de soigner* (Humensciences).

Vous expliquez dans votre livre que le temps d'écoute accordé par un médecin à son patient avant de lui couper la parole est de 23 secondes. Quelles en sont les conséquences ?

➤ C'est un chiffre marquant, en effet. Le médecin coupe la parole en moyenne au bout de 23 secondes alors que l'on sait qu'il faut environ 90 secondes pour exprimer une émotion simple. Ce manque d'écoute fait que le patient peut ne pas se sentir en confiance, avoir l'impression de ne pas être écouté voire d'être mis de côté, ce qui fait naître une frustration. Dans ce cadre, il n'y a pas assez d'échanges. La médecine est aujourd'hui tournée autour de la maladie au lieu de se centrer sur le malade.

Cela a-t-il un impact sur le diagnostic ?

➤ Oui et non. Le médecin dispose de toute une somme d'informations issues des analyses, de l'examen clinique, etc. pour poser son diagnostic. Mais s'il ne prend pas le temps d'écouter le patient, il peut passer à côté de certains points. Il ne pourra pas prendre la mesure de la souffrance

du patient pour pouvoir l'alléger par exemple. Pourtant, c'est aussi une composante de la santé. Le fait d'être en bonne santé ne signifie pas uniquement ne pas être malade mais se compose de la santé psychologique, émotionnelle, environnementale, sexuelle, sociale... Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit d'ailleurs comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Ce sont toutes ces dimensions qu'il faut donc prendre en considération.

Est-ce cela la santé intégrative que vous promouvez ?

➤ Tout à fait. Il s'agit d'intégrer les différentes dimensions de la santé, parce qu'avec le développement des expertises et des savoirs, la médecine a tendance à cloisonner : chacun travaille dans son coin, alors qu'il est essentiel de se coordonner pour proposer une prise en charge plus globale. Il faut aussi intégrer d'autres acteurs qui pratiquent des interventions non médicamenteuses comme les sophrologues, les psychologues, les diététiciens, les professeurs d'activité physique... Il est important d'allier la médecine

conventionnelle et les médecines complémentaires. Nous devons repositionner le patient au centre et l'accompagner tout au long de son parcours. L'idée, c'est de considérer la maladie et de la traiter, bien sûr, mais aussi de considérer le malade.

Dans votre livre, vous insistez aussi sur l'importance de la prévention. Pourquoi faut-il la développer ?

➤ Il y a 400 millions de consultations médicales chaque année en France, dont 50 % sont dédiées à la gestion des symptômes d'une maladie chronique. Dans 90 % des cas, le médecin prescrit des médicaments à son patient alors qu'une boîte sur deux termine à la poubelle. De même, l'espérance de vie augmente mais l'espérance de vie en bonne santé, elle, doit être améliorée. Nous savons que 40 % des cancers et 80 % des maladies cardiovasculaires sont évitables et qu'il faut mettre les moyens dans la lutte contre le tabac ou l'alcool, dans l'encouragement de l'activité physique ou dans l'adoption d'une alimentation équilibrée. Mais pour l'instant, c'est moins de 3 % des budgets qui sont consacrés à la prévention. C'est un champ dans lequel il faut investir car les études précisent qu'en diminuant de près de 30 % la mortalité prématurée – c'est-à-dire avant 70 ans – nous pourrions gagner 10 % de produit intérieur brut (PIB) en 10 ans. C'est tout à fait réalisable, mais c'est toute une nouvelle culture qu'il faut mettre en œuvre.

Vous avez créé l'Institut Rafaël, une maison de l'après cancer à Levallois-Perret (92), où vous pratiquez la médecine « intégrative ». Comment fonctionne-t-il ?

➤ Rafaël (ou Raphaël) est l'ange de la guérison. Nous avons décidé, avec une équipe de soignants, de coconstruire avec chaque patient des parcours d'accompagnement qui allient médecine

conventionnelle et approches non médicamenteuses, que nous évaluons au fur et à mesure. Le but est de passer d'une médecine qui s'intéresse à la maladie à une médecine qui s'intéresse à l'individu et à son projet de vie. Nous avons 85 acteurs paramédicaux, qui représentent environ 40 disciplines, pour mener à bien ces programmes. En 3 ans et demi d'existence, nous avons offert 50 000 soins à 3 400 nouveaux patients. Nous prenons en charge environ 600 patients simultanément qui suivent des parcours plus ou moins longs en fonction de leurs besoins.

—
« Le but est de passer d'une médecine qui s'intéresse à la maladie à une médecine qui s'intéresse à l'individu et à son projet de vie. »

Qui sont les patients que vous prenez en charge ?

➤ Au départ, l'institut était dédié à l'après cancer, mais petit à petit, nous nous ouvrons aussi à la prise en charge de malades chroniques. Nous avons également des programmes dédiés aux aidants ou encore aux enfants qui ont des parents malades.

Quel est le modèle de financement de l'institut ?

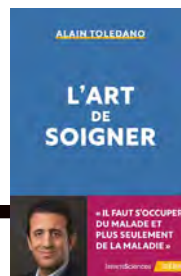
➤ Nous offrons gratuitement les soins aux patients pour qu'il n'y ait pas d'exclus. Il est important que chacun puisse bénéficier de la solidarité dans les phases de vie difficiles. Nous avons d'ailleurs de la chance en France d'avoir un système solidaire et accessible à tous. Grâce à lui, on peut rembourser pendant 20 ans un antidépresseur, mais malheureusement pas encore une séance chez le psychologue. Pour financer l'accueil des patients, nous faisons appel au mécénat

(des particuliers et des entreprises) et aux campagnes de financement.

En dehors de la parution de votre livre, comment diffusez-vous votre méthode de prise en charge et d'accompagnement ?

➤ Nous la diffusons, du côté académique, à travers la Chaire de recherche en santé intégrative du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) que je dirige. Nous voulons démontrer que notre modèle est bénéfique, maintenant que nous commençons à avoir des résultats et une création de valeur. Nous espérons que nous pourrions intégrer plus largement ces parcours de santé dans l'accompagnement des malades chroniques. La santé en France représente 260 milliards d'euros ; c'est une grande partie de notre richesse. Nous avons 3 000 hôpitaux, 1 million d'infirmiers et d'aides-soignants qui font face à une crise de sens. Les patients sont souvent mécontents, frustrés. Il y a une rigidité aussi au niveau de l'organisation et des tensions financières. Pour pérenniser notre système de santé, nous pensons qu'il va falloir changer de doctrine, arrêter de se focaliser uniquement sur l'investissement dans les structures hospitalières, mais plutôt privilégier la prévention, la réhabilitation et surtout une médecine centrée sur l'humain et plus seulement sur la maladie.

Propos recueillis par Léa Vandeputte



📖 *L'art de soigner*, d'Alain Toledano, éditions Humensciences, 176 pages, 16,90 euros.



Greffes et dons d'organes

pour sauver des vies

En France, plus de 66 000 personnes vivent grâce à un organe greffé. Zoom sur les types de greffes, les progrès en la matière et sur le don d'organe.

Dossier réalisé par Anne-Sophie Glover-Bondeau

➤ La crise sanitaire due à la Covid-19 a freiné l'activité des greffes en France provoquant une diminution de 25 % du nombre des transplantations en 2020. Puis, l'activité est repartie à la hausse en 2021 avec 5 273 greffes réalisées, soit une augmentation de 19,3 % par rapport à l'année précédente, grâce à la forte mobilisation des professionnels de santé et à leur capacité d'adaptation*. La greffe d'organes est nécessaire lorsque seul le remplacement du ou des organes défaillants par un organe sain, appelé greffon, peut permettre l'amélioration de la santé d'une personne malade. De nombreuses maladies graves peuvent conduire à une greffe : insuffisance rénale terminale, malformation ou maladie cardiaque, maladie du foie comme l'hépatite B ou l'hépatite C, mucoviscidose, certains cancers... Le rein est l'organe le plus couramment greffé. Suivent le foie, le cœur, les poumons, le pancréas et des parties de l'intestin.

DES GREFFES EXPÉRIMENTALES

En France, la première greffe partielle du visage date de 2005 (CHU d'Amiens). La première greffe d'utérus pour une femme, née sans utérus, a été réalisée en avril 2019 à l'hôpital Foch de Suresnes (Hauts-de-Seine). La greffe de larynx, requise après des amputations consécutives à des traumatismes, est en développement.

QUE DIT LA LOI ?

En France, le don d'organes et de tissus est régi par les lois de bioéthique. Les trois grands principes sont :

- le consentement présumé : depuis 1976, la loi française prévoit que nous sommes tous des donneurs d'organes à notre mort, sauf si nous avons exprimé de notre vivant notre refus de donner (soit en s'inscrivant sur le registre national des refus, soit en informant ses proches).
- la gratuité du don : la loi interdit toute rémunération en contrepartie de ce don.
- l'anonymat entre le donneur et le receveur : le nom du donneur ne peut être communiqué au receveur, et réciproquement. La famille du donneur peut cependant être informée des organes et tissus prélevés ainsi que du résultat des greffes, si elle le demande.

un accident vasculaire cérébral ou parfois après un arrêt circulatoire. Certains organes, essentiellement le rein, peuvent être prélevés sur un donneur vivant. En 2021, 502 greffes rénales ont été effectuées grâce à un don du vivant, soit 16 % des greffes rénales.

Les avantages d'une greffe du rein avec un donneur vivant ? Des délais d'attente plus courts, et des résultats encore meilleurs.

DANS PLUS DE
**90 %
DES
CAS,**
LE GREFFON
PROVIENT
D'UN DONNEUR
DÉCÉDÉ.

Le donneur peut vivre normalement avec un seul rein. Selim, 42 ans, a fait le don d'un rein à sa sœur en 2017. Il témoigne : « *Ma sœur, en insuffisance rénale et dialysée, avait besoin d'une greffe. Nous avons toujours été proches et lui donner un rein a été une évidence. Il s'est avéré que nous étions heureusement compatibles. Tous les examens médicaux étaient bons.*

Je pouvais sauver ma petite sœur ! Elle, elle se sentait coupable de me faire subir cette intervention et était inquiète. Les médecins l'ont rassurée. Aujourd'hui, elle va bien, moi aussi, et cette épreuve a rendu toute notre famille encore plus soudée. »

Des tissus peuvent être greffés également : la cornée (fine membrane à la surface de l'œil), la peau, les artères, les veines, les os, les valves cardiaques, la moelle osseuse... Dans plus de 90 % des cas, le greffon provient d'un donneur décédé. Un seul donneur permet souvent de greffer plusieurs malades. Dans la grande majorité des cas, les donneurs sont des personnes décédées à l'hôpital en état de mort encéphalique après un traumatisme crânien,

Greffes : les listes d'attente

Le don d'organes et de tissus relève des compétences de l'Agence de la biomédecine qui gère notamment la liste nationale d'attente de greffe et le registre national des refus, coordonne les prélèvements d'organes et l'attribution des greffons dans le respect des critères médicaux et des principes d'équité. Certaines personnes inscrites sur la liste d'attente de greffe sont prioritaires : les enfants, les receveurs



L'appli du donneur d'organes



Développée par l'association Maryse ! Pour la Vie, en collaboration avec le collectif Greffes +, L'appli du donneur d'organes est destinée à informer sa famille et ses proches de sa propre décision à ne pas être opposé au prélèvement de ses organes si le cas se présentait, conformément à la loi. Téléchargeable sur App Store et Google Play.

»» dont la vie est menacée à très court terme et les receveurs pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible du fait de caractéristiques morphologiques ou immunogénétiques particulières. 20 429 personnes étaient en attente d'une greffe en mars 2022.

Les innovations en matière de greffe

Des progrès importants ont été réalisés ce qui a permis de disposer de plus de greffons. Sur le plan technique, les approches mini-invasives comme la chirurgie

»»

20 429

PERSONNES ÉTAIENT EN ATTENTE D'UNE GREFFE EN MARS 2022.

coelioscopique ou la chirurgie robotique facilitent le prélèvement, notamment le rein sur donneur vivant. Des progrès ont aussi été réalisés au niveau de la conservation des organes (amélioration des connaissances de l'ischémie reperfusion, développement des machines de perfusion).

« *Les machines de perfusion qui existent pour les poumons, le foie et les reins, améliorent la durée de conservation des greffons et les optimisent. Certains organes qui n'auraient pas pu être utilisés sont de meilleure qualité après avoir suivi ce traitement et sont alors transplantables* », informe Juliette Beaux, infirmière de la coordination des prélèvements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Le développement du don croisé de rein permet également d'accroître la disponibilité de greffons.

TÉMOIGNAGE

« LA GREFFE, C'EST UNE NOUVELLE VIE QUI COMMENCE »

Jean-Marie, 49 ans, transplanté bi-pulmonaire en novembre 2017 raconte : « En 2010, mes deux poumons étaient très atteints à cause de ma fibrose pulmonaire rhumatoïde juvénile. J'étais sous oxygène 24 heures sur 24. La greffe a été évoquée à ce moment-là. En janvier 2016, mon état s'est aggravé et j'ai fini en réanimation à l'hôpital Saint-Louis. J'ai commencé le processus de pré-greffe. J'ai passé plusieurs mois en centre de réhabilitation à Bichat avant d'être officiellement inscrit sur liste d'attente pour une greffe pulmonaire en juillet 2016 et j'ai eu une greffe bipulmonaire 4 mois après. Tout s'est bien passé. Cela a été une renaissance pour moi, le début d'une nouvelle vie : plus d'oxygène, pouvoir sortir, partir en vacances avec mon épouse et nos deux garçons... La maladie avait toujours guidé mes choix de vie socio-professionnels. Aujourd'hui, je mène une vie quasi-normale. Bien sûr, il y a des contraintes, beaucoup de médicaments, et puis je dois prendre des précautions pour me protéger des infections. Mais j'ai envie de témoigner du bonheur que j'ai d'être là aujourd'hui ! »



Cette organisation particulière est mise en place lorsqu'un donneur vivant volontaire est incompatible avec son proche receveur. La loi autorise alors le croisement de greffe avec une autre paire de donneur/receveur compatible. Enfin, les protocoles d'immunosuppression** ont aussi tendance à s'alléger et à s'adapter au profil immunologique du receveur et du greffon, ce qui réduit d'autant les effets secondaires des traitements.

Le nouveau plan greffe

Le plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus a été dévoilé en mars dernier. Les nouvelles mesures définies pour la période 2022-2026 sont soutenues par un financement complémentaire de 210 millions d'euros. Cinq mesures innovantes sont déployées dans ce plan pour plus de prélèvements et plus de greffes. Il donne des objectifs quantifiés pour accompagner les évolutions médicales et scientifiques du prélèvement, de la greffe d'organes et de tissus.

*Chiffres 2021, Agence de la biomédecine.

**Ce protocole spécifie la combinaison de médicaments immunodépresseurs qui est donnée aux personnes greffées.

📌 À savoir aussi...
Si vous ne souhaitez pas donner vos organes et tissus après votre mort, vous pouvez vous inscrire sur le registre national du refus : www.registrenationaldesrefus.fr

Don d'organes : plus que jamais nécessaire

Le don d'organes et de tissus est un acte généreux qui permet de sauver des milliers de malades et accidentés chaque année en réalisant des greffes. Mais les greffons sont rares.

Les organes qui peuvent être prélevés après la mort dans le cadre d'un don d'organes en vue d'une greffe sont : les reins, le cœur, les poumons, le foie, le pancréas et les intestins (rarement). Les principaux tissus qui peuvent être prélevés sont les os, la peau, les valves du cœur, les vaisseaux, les tendons et les cornées. Il est possible de faire de son vivant un don de cellules, de moelle osseuse, de peau ou également d'un rein ou d'un lobe de foie. Dans le cadre du don d'organes par une personne de son vivant, le donneur doit être majeur et responsable et entrete-

nir une relation avec le receveur : soit faire partie de son entourage proche restreint (père ou mère, conjoint, frère ou sœur, fils ou fille, grand-parent, oncle ou tante, cousin germain ou cousine germaine), soit être une personne qui peut apporter une preuve de vie commune d'au moins deux ans avec le receveur, ou bien d'un lien affectif étroit et stable avec la personne malade, là encore depuis deux ans minimum. Avec plus de donneurs, le nombre de greffes pourrait être augmenté. Tout Français majeur est présumé donneur d'organes après sa mort sauf si, de son vivant, il a exprimé une opposition à un tel don, mais dans les faits, des familles refusent le don par manque d'information ou de dialogue sur le sujet avec leur proche.

L'AVENIR DES CELLULES SOUCHES

Des scientifiques israéliens viennent de mettre au point les premiers embryons synthétiques, créés à partir de cellules souches, à atteindre le stade de la croissance d'organes. Ces entités fabriquées sans fécondation (*ex utero*) pourront servir à terme comme source de tissu et de cellules pour des greffes.



TROIS QUESTIONS À...

François Kerbaul, de l'Agence de la biomédecine

Seulement 47 % des Français déclarent être bien informés sur le don d'organes. Le point avec le Pr François Kerbaul, directeur du département prélèvement et greffe d'organes et de tissus de l'Agence de la biomédecine.

Y a-t-il un âge pour faire un don d'organes ?

Il n'y a pas d'âge particulier pour effectuer un don d'organes. On peut être donneur d'organes dans les premiers mois de vie jusqu'à plus de 93 ans. Ce qui conditionne le don est le fonctionnement des organes à l'âge auquel on effectue le prélèvement, notamment l'état des reins et du foie chez la personne très âgée. Cependant, pour les greffes de cœur et de poumon, le donneur d'organes est souvent âgé de 70-75 ans maximum.

Existe-t-il des contre-indications médicales ?

Il existe des contre-indications

médicales absolues générales au don d'organes : rage, tuberculose évolutive, maladies virales évolutives, maladie neurologique dégénérative, prise de certains médicaments (comme un traitement ancien par l'hormone de croissance naturelle). D'autres contre-indications sont spécifiques et liées aux antécédents du donneur : par exemple, on ne peut pas prélever les poumons chez une personne qui souffre de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), le cœur chez une personne présentant une maladie coronaire avec sténose des artères coronaires significative, le foie chez une personne qui a une insuffisance

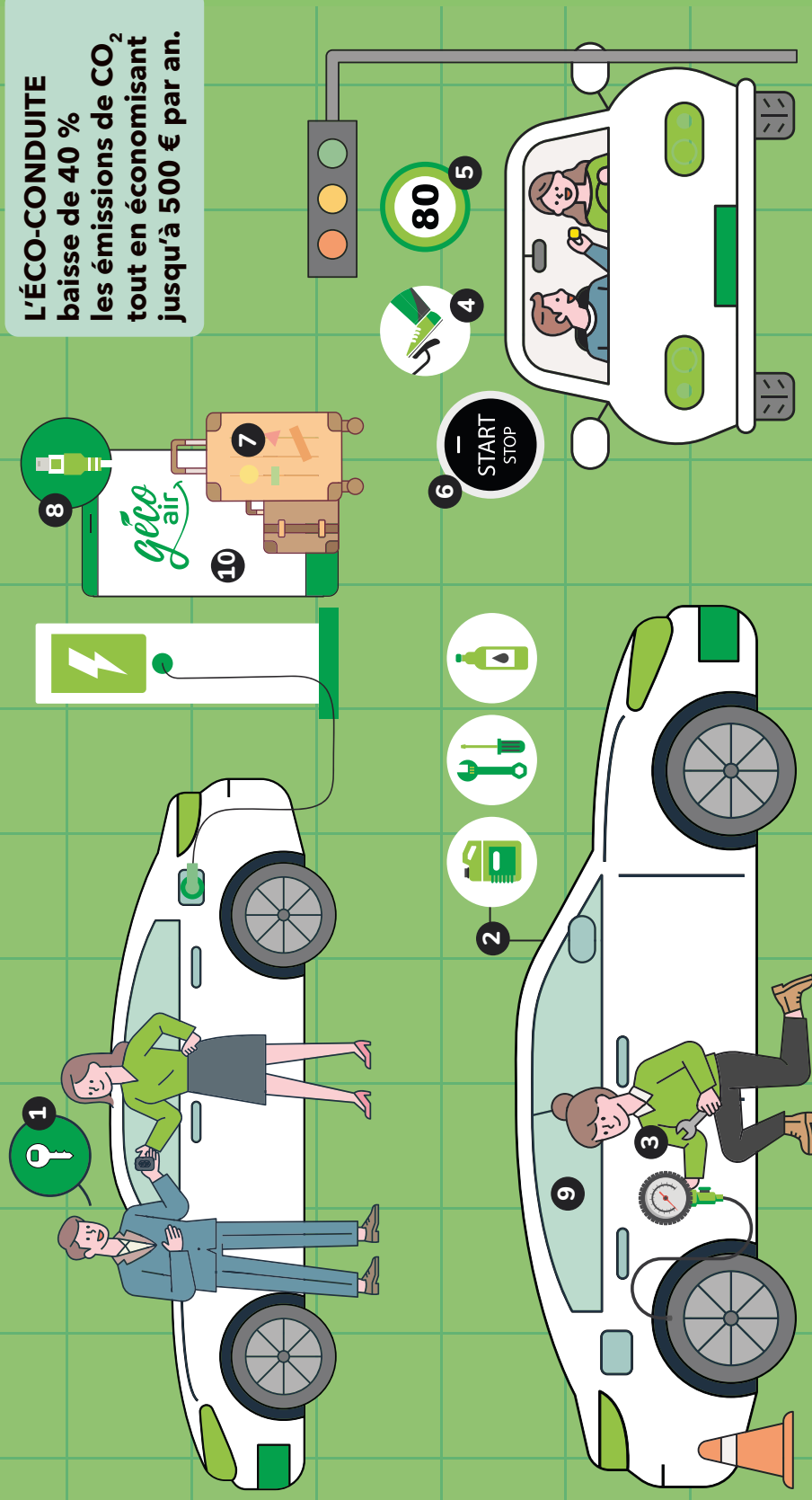
hépatique. Un examen clinique, des bilans sanguins et un scanner total du corps permettent d'évaluer directement et indirectement le fonctionnement de tous les organes afin de s'assurer qu'ils sont transplantables.

Le prélèvement d'organes se voit-il sur le corps du défunt ?

Le prélèvement d'organes nécessite une intervention chirurgicale mais la loi impose une restitution du corps de la personne défunte *ad integrum* et esthétique. Tout doit être mis en œuvre par le chirurgien qui procède au prélèvement d'organes et par les équipes de coordination hospitalière pour restaurer le corps du défunt.

Moins polluer en conduisant

Le Parlement européen a voté : en 2035, exit les véhicules thermiques !
En attendant, des solutions existent pour réduire son empreinte carbone au volant.



Les 10 commandements d'une conduite propre

1 Ma vieille voiture je remplacerai
L'idéal : opter pour une électrique, moins polluante.

2 Mon véhicule j'entretiendrai
Vidange, filtre à air, liquides... Un véhicule mal entretenu rejette jusqu'à 20 % de polluants supplémentaires. L'entretien doit s'effectuer tous les 15 000 km.

3 La pression des pneus je vérifierai
Rouler avec des pneus sous-gonflés accroît la consommation de carburant de 2,4 %. Le conseil : vérifier la pression une fois par mois, toujours à froid, c'est-à-dire après moins de 3 km de conduite.

4 Sur la pédale de frein j'appuierai
D'après la Sécurité routière, réduire sa vitesse de 10 km/h baisse les émissions de CO₂ de plus de 10 % et permet d'économiser jusqu'à 1 litre aux 100 km.

5 À vitesse constante je roulerai
En évitant les accélérations et freinages, le régulateur de vitesse permet d'économiser 5 % de carburant.

6 De la fonction Start & Stop j'abuserai
En plus de réduire les nuisances sonores, cette option qui coupe le moteur à l'arrêt diminue la pollution.

7 Mon véhicule j'allégerai
Coffre plein, porte-vélos, coffres de toit... peuvent faire grimper la consommation de carburant de 5 %.

8 Prises USB, clim et GPS je débrancherai
Ils sont énergivores, à utiliser avec parcimonie.

9 Les fenêtres je fermerai
Les vitres ouvertes impactent l'aérodynamisme du véhicule. Résultat : le conducteur appuie sur l'accélérateur pour compenser. La bonne idée : aérer avant de partir.

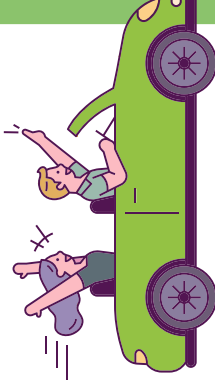
10 L'application Geco air je téléchargerai
Facile à utiliser et gratuite, elle permet de connaître ses émissions polluantes grâce au numéro d'immatriculation du véhicule.

COVOITURAGE VS AUTOPARTAGE : QUEL EST LE MEILLEUR POUR LA PLANÈTE ?

Pandémie, flambée des prix à la pompe... les solutions de mobilité partagée sont en plein essor. Bons pour le portefeuille, ces modes de déplacements alternatifs le sont aussi pour la planète. Aussi appelé carsharing, l'autopartage consiste à utiliser un véhicule à

plusieurs, par le biais de parcs en libre-service ou de sites de partage entre particuliers. Le principe du covoiturage consiste quant à lui à partager un trajet afin de réduire les frais de carburant. C'est la version moderne de l'autostop. Si l'avantage financier reste de loin la motivation la plus importante pour les usagers, ces alternatives ont un impact écologique bénéfique. Une étude publiée en 2017 par le think tank The Shift Project a permis d'évaluer la réduction des émissions de CO₂ de

30 % pour le covoiturage contre 6 % pour l'autopartage. Conclusion : écologique, bon marché et convivial, le covoiturage a tout bon. Chaque voiture en autopartage remplace 10 voitures particulières, selon l'Ademe.



CHIFFRES CLÉS

LA POLLUTION AUTOMOBILE

2 TONNES
La quantité de CO₂ rejetée par an et par voiture en France. C'est de loin le secteur le plus polluant.

40 000
Le nombre de décès attribués chaque année à la pollution aux particules fines, en France.

2,9 MILLIONS DE TONNES
La quantité de microplastiques générée par le trafic routier mondial.

750
Le nombre de pièces en plastique dans une voiture.

1^{ER} JANVIER 2000
L'essence avec plomb est interdite. Une suppression qui a permis de réduire les émissions de plomb de 60 % depuis les années 1980.

Comment s'est créé l'hôpital moderne ?

Des œuvres de charité aux établissements de soins actuels, l'histoire de l'hôpital se compose de différentes phases. Au fil des siècles, l'organisation, la structuration et les missions de cette institution se sont moult fois modifiées pour correspondre aux évolutions de la société et de la médecine.

Benoît Saint-Sever



VI^e siècle

La charité envers les plus pauvres

En France, les premières institutions sont fondées par l'Église catholique et administrées par des communautés religieuses à des fins de charité. Ces établissements n'ont pas encore le nom d'hôpital mais sont appelés hôtel-Dieu ou maisons-Dieu. Ils n'étaient pas destinés aux soins médicaux à proprement parler mais servaient surtout de lieux d'hébergement pour les pauvres ou les pèlerins.

XVII^e siècle

Une transformation progressive en prison

Petit à petit, la société change et les autorités cherchent à contenir la pauvreté en l'emprisonnant dans les hôpitaux. À partir de 1612, les pauvres et les invalides ont l'obligation de s'y rassembler sous peine d'être arrêtés par la police. L'hôpital Bicêtre, édifié en 1656 à côté de Paris, accueille, notamment, les mendiants et les vagabonds et assure une mission sociale de « redressement ». En 1662, Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu pour y recevoir et « renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées ».



XVIII^e siècle

Des établissements laïques rattachés aux communes

Les hôpitaux, créés et administrés par des religieux, sont très mal vus par les acteurs de la Révolution française qui décident de les fermer.

Les établissements sont confisqués et nationalisés. Mais face à une situation devenue critique, le Directoire choisit de confier aux villes la responsabilité et le fonctionnement des hôpitaux. Ces derniers deviennent alors des lieux de formation et de soins, laïques. On ne parle plus de charité mais d'assistance.

XIX^e siècle

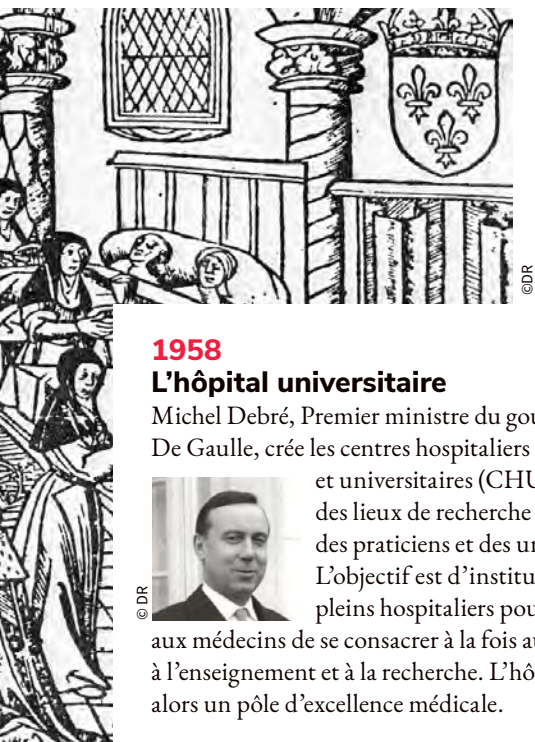
La structuration de l'hôpital

Le Consulat, dirigé par Bonaparte, prend plusieurs mesures pour organiser le système hospitalier. Il crée le Conseil général des hospices, une unité administrative parisienne, et le Conseil de salubrité du département de la Seine, un organisme de consultation. Il met aussi en place l'internat et l'externat des hôpitaux afin d'assurer une présence médicale nuit et jour et de former les médecins sur le terrain, et ainsi considérablement faire évoluer la médecine.

XX^e siècle

Vers l'accès aux soins pour tous

L'idée d'un hôpital moderne, accessible à tous, progresse. Une loi, votée en 1941, ouvre théoriquement les hôpitaux à toutes les classes sociales et redonne la main à l'État. Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'Assurance maladie est créée et permet à tous les Français de se faire soigner à l'hôpital. Si les nouveaux médicaments, comme les antibiotiques, permettent de prendre en charge efficacement les malades, les moyens manquent cependant pour investir dans les établissements de soins.



1958 L'hôpital universitaire

Michel Debré, Premier ministre du gouvernement De Gaulle, crée les centres hospitaliers



et universitaires (CHU), c'est-à-dire des lieux de recherche qui réunissent des praticiens et des universitaires. L'objectif est d'instituer des temps pleins hospitaliers pour permettre aux médecins de se consacrer à la fois aux soins, à l'enseignement et à la recherche. L'hôpital devient alors un pôle d'excellence médicale.

1970 La notion de service public hospitalier

Une nouvelle loi instaure le service public hospitalier comme mission d'intérêt général. Elle renforce aussi les fonctions du directeur d'établissement, en le faisant représentant légal de l'hôpital. Enfin, elle met en œuvre une carte sanitaire dont le but est d'organiser et de rationaliser l'offre de soins en fixant des indices lit/population et équipement/population par secteur.

1991 La planification

Les coûts hospitaliers devenant de plus en plus élevés, la loi du 31 juillet 1991 a pour but de réduire le nombre de lits en s'appuyant sur une planification de plus en plus contraignante. Elle renforce également la carte sanitaire en instaurant un schéma d'organisation des soins, élaboré dans chaque région, qui répartit les installations, les activités et les équipements.

1996 Une organisation régionalisée

L'objectif est cette fois-ci de réduire les inégalités entre les territoires et entre les établissements en régionalisant l'activité et le financement. Pour ce faire, les agences régionales de l'hospitalisation, qui associent l'État et l'Assurance maladie, sont créées. Le plan de modernisation de l'hôpital de 2007 parachèvera cette réforme en assouplissant et en accompagnant les évolutions du secteur.

Sources : Société française d'histoire des hôpitaux ; Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; *Une histoire de l'hôpital en France : charité, enfermement et soins*, de Jean-Noël Fabiani ; *Les réformes hospitalières en France*, de Marie-Odile Safon, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

2009 Une mission de service public au sens large



La loi Hôpital patients santé et territoire (HPST) a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. La mission de l'hôpital évolue et passe de la notion de service public hospitalier à celle de service public tout court, afin de proposer une vision plus large de la prise en charge des usagers. La loi prévoit également la création des agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner sur leur territoire l'ensemble des politiques de santé : hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention.

2016 Des groupements de territoire

La loi de modernisation de notre système de santé remet en avant le service public hospitalier « *profondément désorganisé* » par la précédente loi. La coopération entre hôpitaux publics y est également encouragée à travers le déploiement de groupements hospitaliers de territoire. Ils permettront aux établissements proches d'élaborer ensemble un projet médical et de partager des missions ou des fonctions support.

2020 Le Ségur de la santé

Dans un contexte de crise récurrente au sein des hôpitaux, aggravée par l'épidémie de Covid-19, les accords du Ségur de la santé sont signés. Ils prévoient de revaloriser les professionnels, d'améliorer le quotidien des soignants, de rendre plus attractif et de moderniser l'hôpital public. La loi d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification viendra, en 2021, traduire les aspects non financiers du Ségur.





Copropriétés: les règles ont changé

Les règles concernant les prises de décision en copropriété ont été assouplies depuis juin 2020. Le conseil syndical tout comme les copropriétaires possèdent des droits renforcés. Le point sur ces évolutions.

Le droit de la copropriété n'avait pas évolué de façon significative depuis 1965. Mais c'est désormais chose faite depuis l'entrée en application des ordonnances du 30 octobre 2019 et du 20 mai 2020. Depuis le 1^{er} juin 2020, les petites copropriétés composées de moins de 5 lots ou dotées d'un budget inférieur à 15 000 euros sur trois ans ont une gestion simplifiée, et n'ont plus l'obligation de tenir une comptabilité d'engagement (saisie comptable de toutes les dépenses même quand elles n'ont pas encore été réglées).

Les règles de majorité ont également été assouplies afin de faciliter les décisions et surtout de pallier les absences de certains des copropriétaires. Aujourd'hui, une majorité simple permet de réaliser des travaux ou de donner une autorisation permanente, à la police ou à la gendarmerie, de passer par les parties communes. L'assemblée générale peut aussi déléguer de nouvelles missions au conseil syndical comme la réalisation de travaux ou le lancement d'une procédure même si un budget avec un plafond de dépenses doit être voté dans tous les cas. Ces travaux doivent relever de l'article 24 de la loi du 10 juillet 1965 et sont ceux nécessaires à la conservation de l'immeuble ainsi qu'à la préservation de la santé et de la sécurité physique de ses habitants. Les travaux liés à l'amélioration de l'immeuble ou à sa rénovation énergétique ne sont donc pas concernés. D'autre part, pour recevoir une délégation, le conseil syndical doit être

composé au minimum de trois personnes et cette délégation ne peut être accordée pour une durée supérieure à deux ans.

Vote par correspondance autorisé

Autre changement introduit par l'ordonnance de 2019, l'assemblée générale peut décider, à la majorité des voix de tous les copropriétaires, de charger le président du conseil syndical de mener une action judiciaire contre le syndic « *en réparation du préjudice subi par le syndicat des copropriétaires* ».

Les syndicats peuvent aussi facturer des prestations qui ne font pas partie de leurs missions comme des services de conciergerie ou des services à domicile après autorisation de l'assemblée générale de la copropriété en question. La loi Macron du 6 août 2015 avait introduit une obligation de mettre en concurrence le mandat de syndic tous les 3 ans. Depuis le 1^{er} juin 2020, ce délai a été supprimé et a été remplacé par une mise en concurrence systématique lorsque l'assemblée générale est « *appelée à se prononcer sur la désignation d'un syndic* ».

Le vote par correspondance est dorénavant possible et les copropriétaires peuvent envoyer au syndic, préalablement à l'assemblée générale, leurs consignes de vote. Enfin, depuis le 1^{er} juin 2020 toujours, le tarif de l'état daté (document obligatoire qui doit être fourni par le syndic de copropriété à un copropriétaire lors de la vente de son bien et qui indique à l'acquéreur les charges qu'il devra payer dès son entrée dans son bien) est plafonné et ne peut excéder 380 euros.

Violaine Chatal

Formulaire de vote par correspondance : les mentions obligatoires

Le formulaire de vote par correspondance doit comporter certaines mentions. Ainsi, il doit inclure l'identité et l'adresse du copropriétaire, associé ou mandataire votant, les coordonnées du syndic et la date limite à laquelle le formulaire doit être adressé. Il doit aussi contenir l'objet de chaque question notée à l'ordre du jour ainsi que les intentions de vote du copropriétaire, associé ou mandataire votant à savoir pour, contre ou abstention.



Le Bus du Cœur des Femmes sillonne la France

Réduire les maladies cardiovasculaires au féminin : c'est la mission que s'est fixée la fondation Agir pour le cœur qui déploie son bus rose aux quatre coins de la France. Objectif : sauver la vie de 10 000 femmes d'ici 5 ans.

Un dépistage ciblé et gratuit

Avec 76 000 décès par an, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité féminine. Elles tuent chaque jour 200 femmes en France. « Dépistées à temps, ces pathologies sont pourtant évitables dans 8 cas sur 10 », précise Claire Mounier-Vehier, cardiologue et cofondatrice d'Agir pour le cœur des femmes. « Beaucoup de femmes précieuses sont en rupture de soins. Sous-dépistées, elles présentent



leur a également été remis gracieusement afin de se mesurer à domicile.

Une urgence médicale et sociale

Afin de mieux cerner la réalité du terrain, les données de 1 065 femmes âgées de 15 à 90 ans ont été analysées anonymement par des chercheurs du CHU de Lille. Les résultats sont alarmants : 90 % des patientes dépistées cumulent au moins deux facteurs de risques cardiovasculaires, 68 % sont en surpoids ou en obésité. Des chiffres largement au-dessus des moyennes nationales. Autre constat inquiétant : le manque de suivi médical. Parmi les femmes rencontrées, 11 % des femmes n'ont pas de médecin traitant et plus de 30 % n'ont aucun suivi gynécologique depuis plus de 3 ans. L'urgence d'une médecine préventive, en particulier pour les femmes vulnérables, est bien réelle. D'ici 2025, Agir pour le Cœur des femmes souhaite ainsi étendre son action à de nouvelles villes partenaires. Le bus rose poursuit sa tournée...

Céline Durr

un très haut risque de mortalité après un premier accident cardiaque », explique la spécialiste. Pour y remédier, la fondation a créé Le Bus du Cœur des Femmes. Objectif : se rendre dans les quartiers défavorisés pour offrir un dépistage ciblé et gratuit. Reconnaissable à sa couleur rose, le bus équipé a déjà permis de dépister 4 000 femmes dans 17 villes depuis son lancement sur les routes en 2021. Après une pré-inscription auprès des services de la ville, les patientes suivent un protocole d'environ une heure comprenant un dépistage artériel et métabolique, un électrocardiogramme, un entretien gynécologique, diététique et addictologique. Et ensuite ? « Rester trois jours dans une ville n'est pas suffisant. À l'issue du bilan, les femmes sont remises dans un parcours de santé grâce à la caisse primaire d'assurance maladie, sollicitée dans chaque commune », reprend Claire Mounier-Vehier. Un autotensionnètre

Surveiller sa tension, c'est vital

Mesurant la pression du sang sur les parois des artères, la tension artérielle doit être prise au moins deux fois par an, tout particulièrement lors de la grossesse ou en cas de prise de poids ou de symptômes d'alerte : céphalées, troubles de la concentration, fatigue, essoufflement, palpitations. Elle doit être inférieure à 135/85 mm Hg (millimètres de mercure) en automesure ou 140/90 mm Hg au cabinet médical.





LES LUNETTES QUI NE SONT PAS JUSTE BELLES.



COLLECTION JUSTE
de 69€ à 159€⁽¹⁾



Des matériaux **recyclables** ou **biodégradables**⁽²⁾.
Des modèles labellisés **Origine France Garantie**⁽³⁾.

ÉCOUTER VOIR
OPTIQUE & AUDITION MUTUALISTES

(1) Prix TTC généralement constaté. (2) Ne l'abandonnez pas dans la nature. (3) Engagements sur ecoutervoir.fr/nous-decouvrir/les-engagements-ecouter-voir. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Demandez conseil à votre opticien. VISAUDIO SAS - RCS Paris 492 361 597 au capital social variable. Novembre 2022.

Retrouvez plus d'informations et les coordonnées de nos magasins sur ecoutervoir.fr

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

PARIS CPCE

P7

LA POSTE
DISPENSE DE TIMBRAGE