



SAGÉO SIGNE UN NOUVEAU PROJET DE PÔLE DE SANTÉ DE 700 M² À ARGENTEUIL

Le Pôle sera connexe à une résidence services senior de 130 logements exploités par DOMITYS.

Le Pôle comptera des Médecins Généralistes, Sage-femmes, centre de prévention et d'urgence, dentaire, ophtalmologique et de prévention.

Ouverture prévisionnelle estimée au 4ème trimestre 2023.



BECOME
STÉPHANIE BEILLEAU



WWW.SAGEO-SANTE.ORG

SOMMAIRE

1. Secteur de la santé	3
Crise à l'hôpital : «Tout le système de santé a besoin d'un remède de cheval»	3
Projet de « Grande Sécu » : les Français sont attachés au système de santé actuel (étude ADAF).....	4
Avec l'argent du Ségur de la Santé, l'Etat va renflouer la dette de l'hôpital d'Orléans.....	6
Opinion Santé : sans pensée globale, point de salut !.....	8
Professions médicales : l'hôpital public n'attire plus	10
2. Pôles de santé, professionnels de santé	12
Gironde : le tribunal administratif annule l'autorisation de défrichage du pôle santé de Lacanau.....	12
Seine-et-Marne. Un nouveau pôle pour la santé mentale à Sénart en 2023	13
3. E-santé	15
Les créateurs de startups de la e-santé interrogés sur leurs difficultés	15
Une campagne pour promouvoir la e-santé.....	17
4. Sagéo et ses partenaires	18
Sagéo signe un nouveau projet de Pôle de Santé de 700 m ² à Argenteuil	18

1. Secteur de la santé

Le Parisien, 28/10/2021

Crise à l'hôpital : « Tout le système de santé a besoin d'un remède de cheval »

Le manque de personnel a fait doubler le nombre de fermetures de lits dans les établissements publics. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, estime que les revalorisations salariales ne répondront pas à tous les maux chez les infirmières et autres personnels.



«Tout nous fait penser que la situation est pire qu'avant la crise sanitaire», alerte Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France. LP/Olivier Corsan

Frédéric Valletoux, le président de la Fédération hospitalière de France, confirme une situation critique dans les établissements publics et considère que le mal-être des infirmières et des autres soignants n'est qu'un des symptômes d'un système hospitalier qui nécessite « un remède de cheval ».

Quelles sont les conséquences de la pénurie de main-d'œuvre à l'hôpital ?

FRÉDÉRIC VALLETOUX. La tension sur les effectifs concerne toutes les professions de l'hôpital, y compris les emplois non médicaux. Cela entraîne des fermetures de lits dans des proportions plus importantes qu'avant la crise sanitaire. On n'est sans doute pas à 20 % comme le rapport de Jean-François Delfraissy publié ce mercredi l'indique, mais plutôt entre 5 et 10 %, ce qui représenterait le double de 2019. C'est lié aux difficultés de recrutement, à l'absentéisme, aux gens qui ont lâché prise, même s'il n'y a pas de grande vague de départs de l'hôpital. Une ou

deux personnes en moins suffisent à rendre le travail inconfortable dans un service. Tout nous fait penser que la situation est pire qu'avant la crise.

Le manque de soignants menace-t-il la qualité des soins ?

Je pense que non. L'hôpital est encore en capacité de faire face, dans ces conditions. Il ne faut pas laisser penser à la population que les hospitaliers ne feraient plus leur job. N'importe quelle personne qui ira aux urgences continuera d'être prise en charge et recevra les meilleurs soins. Mais on voit que le prix à payer est de plus en plus élevé pour des organisations mises à mal depuis deux ans. J'ai repris une tournée des hôpitaux, grands, petits, et moyens, et c'est toujours le même discours qui revient, avec un profond espoir que l'après-épidémie ne ressemble pas à l'avant et qu'il y ait de vraies réformes. Il faut s'attaquer aux difficultés du système plutôt que faire du colmatage à l'infini, comme c'est le cas depuis 15 ans.

Le Ségur de la santé n'est pas une réponse suffisante ?

Le Ségur de la santé (*la grande consultation de l'ensemble des acteurs du secteur, en 2020, afin d'améliorer le système de soins*) a été un rendez-vous historique, inédit, où le gouvernement a mis 8 milliards d'euros sur la table pour augmenter les rémunérations. C'est un élément important, mais l'autre question que posent les hospitaliers est : « À quoi on sert, quel est notre rôle ? » Ils ne veulent plus être ballottés par la régulation financière drastique, par la crise de la médecine de ville qui rejaillit sur l'hôpital, par une bureaucratie qui ne fait qu'augmenter. Tout le système de santé a besoin d'un remède de cheval.

Previsima, 25/10/2021

Projet de « Grande Sécu » : les Français sont attachés au système de santé actuel (étude ADAF)



Missionné par le ministre de la Santé, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) doit rendre dans les prochaines semaines, ses propositions visant à améliorer l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. L'objectif : remédier aux difficultés structurelles rencontrées par le système actuel.

Parmi les scénarios envisagés, une nationalisation du système de santé qui se traduirait par une « Grande Sécu » dans laquelle seraient absorbées les complémentaires santé.

Face à ces défis majeurs, les acteurs de l'assurance santé réunis au sein de l'Association pour le Développement de l'Assurance Française (ADAF), qui représentent 75 % du marché et protègent quotidiennement plus de 45 millions de personnes, ont décidé d'apporter leur contribution aux débats.

Ainsi, ils ont interrogés les Français sur l'avenir du système de santé et le rôle perçu de l'assurance santé *via* une étude conduite par l'institut BVA, avec le concours de l'Institut de la protection sociale (IPS).

Parmi les enseignements majeurs, un fort attachement des Français au système de santé tel qu'il existe aujourd'hui, reposant sur deux piliers - assurance maladie obligatoire et complémentaires santé -, un modèle unique, permettant notamment de garantir l'exercice de leur liberté de choix.

Les Français, attachés au système de santé actuel

Il ressort de cette étude un attachement fort des Français au système de santé actuel reposant sur deux piliers – Assurance maladie obligatoire et organismes de complémentaire santé – auquel ils accordent une note de 7,1/10. Comme composantes de cette satisfaction, on retrouve : la qualité des soins (7,4/10), la facilité à se faire rembourser (7,4/10), la prise en charge des jeunes adultes (6,9/10), l'offre et le choix de soins (6,8/10), la prise en charge des personnes âgées (6,6/10), la prise en charge de la prévention (6,4/10) et le coût restant à la charge des patients après remboursement (6,2/10).

Un système qui permet à tous d'être soignés à un coût raisonnable et selon ses besoins

L'écrasante majorité des sondés – 80 % des Français, 85 % des chefs d'entreprise et 81 % des professionnels de santé – considère que le système de santé « *tel qu'il est organisé aujourd'hui, alliant assurance maladie obligatoire et complémentaires santé (mutuelles, assurances, instituts de prévoyance)* », permet d'être sûr que soi ou ses proches pourront être soignés quoi qu'il arrive.

L'organisation du système de santé présente par ailleurs la garantie d'être soigné à un coût raisonnable : c'est ce que pensent près des trois quarts (74 %) des personnes interrogées. Selon les deux tiers des Français (65 %), le système contribuerait à réduire les inégalités.

En outre, près de 79 % des Français (61 % des personnes sans complémentaire santé) pensent que le système de santé actuel permet d'être soigné selon ses besoins, un avis partagé par 77 % des chefs d'entreprise et 71 % des professionnels de santé.

Maîtrise du parcours de soins et liberté de choix, parmi les principes plébiscités par les Français

L'étude conduite par BVA montre également l'attachement profond des Français à la maîtrise de leur parcours de soins, qui se matérialise notamment par la liberté de choisir leur professionnel de santé. Ainsi, les $\frac{3}{4}$ (76 %) des Français jugent comme « *important* » de pouvoir consulter le médecin ou le dentiste de leur choix, et ce, même si le professionnel pratique des dépassements d'honoraires. Cette liberté de choisir son praticien est encore plus fortement revendiquée par les chefs d'entreprise pour leurs salariés (89 %) et par les professionnels de santé pour leurs patients (93 %).

Ainsi, 59 % des Français déclarent consulter, pour eux-mêmes ou pour les membres de leur foyer, des spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, ce taux passant à 37 % pour les consultations de généralistes pratiquant des dépassements. C'est ainsi qu'1 Français sur 10 seulement (11 %) choisit son praticien en fonction de ses tarifs. De même, l'évaluation du reste à charge apparaît être un critère de décision marginal, avancé par 15 % seulement des Français, la majorité d'entre eux (55 %) choisissant leur praticien selon d'autres critères que le prix (qualité, recommandation, emplacement, etc.).

Complémentaires santé : un rôle qui apparaît comme essentiel

70 % des Français considèrent que la force du système de santé consiste à avoir la possibilité de « *se soigner comme on le souhaite* ». L'exercice de cette liberté de soins ne peut s'appliquer pleinement sans la présence des complémentaires santé ; en effet, une large part des sondés souhaite que les complémentaires santé continuent de financer - seules, avec l'Assurance Maladie et/ou avec les patients - les dépassements d'honoraires (71 % de la population générale, 72 % des chefs d'entreprise et 78 % des soignants), les équipements optiques, auditifs et dentaires au-delà du 100 % santé (respectivement 69 %, 66 % et 77 %) et la médecine non conventionnelle (67 %, 66 % et 69 %).

Par ailleurs, le rôle des assureurs santé dans les parcours de soins apparaît essentiel pour les trois quarts des Français qui jugent que leur complémentaire a été « *au rendez-vous* » dans les moments clés de leur vie - maternité, accident, maladie grave.

Enfin, l'étude révèle qu'une majorité de Français (59 %), de professionnels de santé (58 %) et d'employeurs (71 %) privilégie de conserver à l'avenir un système de copaiement* entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé pour garantir la liberté du parcours de soins, même si cela nécessite de s'acquitter d'un reste à charge. A l'inverse, un quart des Français seulement (26 %) et une minorité de dirigeants d'entreprise (22 %) et de professionnels de santé (13 %) préfèrent que l'État prenne en charge l'intégralité des frais de santé quitte à imposer des parcours de soins.

France Bleu, 28/10/2021

Avec l'argent du Ségur de la Santé, l'Etat va renflouer la dette de l'hôpital d'Orléans

Le ministre de la Santé Olivier Véran a dévoilé ce jeudi 27 octobre à Blois les investissements du Ségur de la Santé en région Centre Val de Loire. 713 millions d'euros, notamment pour moderniser des hôpitaux et des EHPAD, mais aussi pour réduire la dette de certains hôpitaux, comme le CHR d'Orléans



L'entrée principale de l'hôpital d'Orléans © Radio France - Anne Oger

En juillet 2020, après la première vague de l'épidémie de Covid 19, et les failles profondes qu'elle a mises en lumière au sein de l'hôpital public en France, l'Etat a organisé le Ségur de la Santé, pour réunir tous les acteurs de ce secteur, et réfléchir à la modernisation de notre système de santé. **La première phase de la mise en œuvre du Ségur passait par une revalorisation des salaires des soignants.** La deuxième est un plan d'investissement de 19 milliards d'euros, décliné par régions.

Ces cookies permettent de partager ou réagir directement sur les réseaux sociaux auxquels vous êtes connectés ou d'intégrer du contenu initialement posté sur ces réseaux sociaux. Ils permettent aussi aux réseaux sociaux d'utiliser vos visites sur nos sites et applications à des fins de personnalisation et de ciblage publicitaire.

C'est cet aspect-là du Ségur que le ministre Olivier Véran est venu détailler, **au centre hospitalier de Blois, qui fait partie des établissements bénéficiant de ces investissements** : 90 millions d'euros pour un vaste projet de rénovation du bâtiment principal, la rénovation des chambres, du bloc opératoire, la création d'un nouveau plateau

ambulatoire de médecine et de chirurgie. Et le développement d'intelligence artificielle et d'outils numériques pour simplifier le parcours de santé.

93 millions d'euros pour réduire la dette de l'hôpital d'Orléans

Au total, 713 millions d'euros seront versés par l'Etat pour accompagner des projets de modernisation, de reconstruction, ou bien pour "repandre la dette de certains hôpitaux". Lors des conclusions du Ségur, le gouvernement avait admis que **la dette de certains établissements de santé les empêchait de mettre en oeuvre de nouveaux investissements** et donc d'améliorer l'accueil des patients et les conditions de travail des agents.

Le Centre Hospitalier d'Orléans fait partie de ces établissements plombés par une dette importante : 130 millions d'euros en 2021. **Une dette largement liée à la reconstruction du Nouvel Hôpital d'Orléans**, en 2015, et son déménagement sur un seul site, à Orléans La Source. Le nouveau bâtiment a coûté plus de 600 millions d'euros, et les coûts de fonctionnement liés à l'immensité de cet hôpital, à une nécessaire réorganisation des services, n'avaient pas forcément été prévus à la hauteur de ce qu'ils sont réellement. En 2017, la direction avait dû adopter un plan de retour à l'équilibre pour tenter de résorber un déficit de 15 millions d'euros.

Ces cookies permettent de partager ou réagir directement sur les réseaux sociaux auxquels vous êtes connectés ou d'intégrer du contenu initialement posté sur ces réseaux sociaux. Ils permettent aussi aux réseaux sociaux d'utiliser vos visites sur nos sites et applications à des fins de personnalisation et de ciblage publicitaire.

Une aide bienvenue mais le véritable problème c'est la pénurie de personnel

La nouvelle que l'Etat allait venir au secours de l'hôpital d'Orléans a été annoncée aux partenaires sociaux et aux élus il y a une semaine, en conseil de surveillance. **93 millions d'euros, une manne conséquente, qui représente près des deux tiers de l'endettement global.** "*Une bouffée d'oxygène*", dit l'Agence régionale de santé en Centre Val de Loire, dont le but est de permettre au CHRO d'envisager, de nouveau, des investissements, par exemple pour acquérir du matériel, et pour mettre en place de nouveaux projets médicaux. Il avait déjà reçu au printemps près de deux millions d'euros au titre des "investissements du quotidien" versés par l'Agence Régionale de santé et issus du Ségur.

À lire aussi Beaugency : l'Etat investit 4,4 millions d'euros pour moderniser l'hôpital

Ces 93 millions d'euros vont **réduire la pression sur la trésorerie de l'hôpital d'Orléans**, en lui permettant d'économiser des sommes importantes sur le remboursement de ces emprunts. Mais si les syndicats saluent "*une bonne nouvelle*", ils restent aussi prudents sur les effets qu'aura vraiment ce geste du gouvernement sur le problème majeur, depuis quelques temps, à l'hôpital d'Orléans : la pénurie d'infirmières, qui oblige à fermer des lits, et la fuite des médecins qui mettraient selon en péril certains services.

126 millions d'euros d'investissements pour les établissements du Loiret

Le CHR d'Orléans, s'il est l'établissement régional qui recevra la plus grosse somme de la part de l'Etat dans le cadre des investissements Ségur, ne sera pas le seul à être aidé, au titre de la "restauration des capacités financières". **Le centre hospitalier de Gien, géré par la direction de l'hôpital d'Orléans, recevra plus de 6 millions d'euros**, celui de Pithiviers près d'un million d'euros, lui qui est aussi dans une situation financière préoccupante.

Mais d'autres investissements dans le Loiret visent à réellement moderniser des établissements de santé. 126 millions d'euros, au total, seront investis par l'Etat dans le Loiret. L'hôpital Lour Picou de Beaugency va ainsi recevoir 4,4 millions d'euros, pour restructurer entièrement son centre hospitalier et son EHPAD. L'établissement psychiatrique **Georges Daumezon à Fleury les Aubrais recevra plus de 2 millions d'euros pour refaire entièrement son accueil des urgences psychiatriques**, en créant un centre d'accueil de crise. La clinique Oréliance refait à neuf sa salle opératoire de SOS Mains, avec une aide de l'Etat de 192 000 euros.

58 000 professionnels de santé revalorisés en Centre Val de Loire

Par ailleurs, le ministère de la Santé indique qu'en région Centre Val de Loire, 58 342 professionnels de santé ont vu leur rémunération revalorisée, parmi lesquels près de 5000 médecins. **Ainsi que 5554 étudiants internes en médecine ou en professions paramédicales.** Un troisième volet du Ségur de la Santé est actuellement en discussion dans chaque établissement. Il porte sur les conditions de travail, la réduction de la précarité. L'enjeu est de redonner de l'attractivité à l'hôpital public, et le chantier est colossal.

Opinion | Santé : sans pensée globale, point de salut !

La réflexion menée par l'Hcaam est purement technique et déconnectée des autres composantes du système de santé. Toute réforme d'un système de santé doit s'appuyer sur une philosophie, une conception de la société et de l'individu, comme ce fut le cas chez les fondateurs de la sécurité sociale. (Par Frédéric Bizard, président de l'Institut Santé)

- Lire plus tard
 - [Cercle](#)
 - Partager
 - Commenter



Par **Frédéric Bizard** (président de l'Institut Santé)

Le gouvernement a saisi en 2020 le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) pour repenser le financement de la santé en France. A ce jour, l'agence a articulé quatre scénarios, tous déjà rejetés par les assureurs.

Ce travail s'intègre dans une multitude de chantiers lancés successivement dans le quinquennat en santé. Il illustre très bien l'impasse d'une réflexion segmentée du système, qui plus est menée sans débat démocratique.

Une réflexion dans le vide

Le financement est un des cinq leviers qu'il faut activer pour refondre notre système de santé. Cependant, cette action doit être précédée d'une réflexion sur le nouveau modèle de santé et est à mener en parallèle des autres leviers que sont l'organisation des soins, la gouvernance, les comportements individuels et les modes de paiement, d'autre part.

La réflexion menée par l'Hcaam est ainsi purement technique et déconnectée des autres composantes du système de santé. Toute réforme d'un système de santé doit s'appuyer sur une philosophie, une conception de la société et de l'individu, comme ce fut le cas chez les fondateurs de la sécurité sociale. C'est un préalable politique indispensable, qui est absent de tous les chantiers lancés en santé.

On met la même énergie à parler de nouveau monde et à faire survivre les modèles de l'ancien monde.

Notre système de santé exprime l'idéal républicain qui fait de la liberté des acteurs, de l'égalité des chances et de la solidarité des valeurs cardinales. Ces dernières sont remises en cause par le déclin d'un système inventé il y a 70 ans et inadapté à un environnement transformé par la triple transition démographique, épidémiologique et technologique. Sans redéfinition du modèle et sans vision globale, l'Hcaam réfléchit dans le vide, d'où la multiplication des scénarios théoriques. Le seul scénario à proposer est celui qui répond efficacement aux défis à relever et qui fait largement consensus.

Le reste est bavardage inutile.

Une approche pusillanime d'un système indéfendable

Notre système de financement à deux étages quasi généralisés sur l'ensemble des services est une ineptie économique et une singularité française à laquelle il faut en effet mettre fin. La Cour des comptes vient encore de le démontrer. Le système est le plus coûteux d'Europe en dépenses administratives (5,6% de la dépense totale vs 2,8% en moyenne), de faible efficacité dans la qualité de la couverture du risque malgré une couverture assurantielle très large, et très inégalitaire pour sa partie complémentaire privée.

En réalité, seul l'assureur public supporte le vrai risque, celui qui peut durablement paupériser les ménages. La crise Covid est venue le rappeler à ceux qui en doutaient. Les assureurs privés gèrent une rente de 40 milliards qu'ils font croître de près de 4% par an, dont ils redistribuent à peine les deux tiers. Les Pouvoirs Publics - qui ont pris l'habitude de parler haut dans les médias à ces assureurs tout en suivant scrupuleusement leurs consignes dans les textes de lois -, en ont fait un prélèvement obligatoire pour quasiment tous les Français.

Quand 15 milliards d'euros de ce prélèvement sert à rembourser des tickets modérateurs, par définition sans risque pour ceux qui doivent les payer (de nombreux cas d'exonérations existent), et près de 8 milliards d'euros à payer de frais de gestion en hausse de plus de 5% par an, on prend conscience du potentiel d'économies existants.

Un autre exemple pour illustrer la stupidité du système. Les pouvoirs publics ont créé deux familles de contrats, démutualisant la couverture du risque entre les actifs (à faible risque) et les inactifs (à haut risque). Les premiers sont dans un système de contrats collectifs payés à moitié par les employeurs (coût de 10Mrds€), subventionnés à hauteur de 10Mrds€ par le budget de l'Etat, avec une redistribution de l'ordre de 80% de leurs cotisations. Les seconds (retraités, chômeurs...) ont des contrats individuels qu'ils paient intégralement, avec une redistribution souvent proche de 60%, avec une piètre qualité de la couverture du risque. En rendant obligatoire les contrats collectifs plutôt que de les supprimer, les Pouvoirs Publics ont sanctuarisé des milliards d'euros de coûts évitables et condamné les inactifs à être mal protégés.

Un seul scénario de financement dans un nouveau modèle

Le seul scénario sur lequel réfléchir est l'évolution vers un modèle présent partout dans le monde de financeur unique par prestation de santé. Les assureurs privés deviennent des assureurs supplémentaires à l'assurance maladie. Si on veut garder les fondamentaux du modèle français, il faut réinventer un projet politique de démocratie sanitaire et sociale autour de la branche santé de la sécurité sociale. L'Institut Santé vient de sortir le nouveau modèle social appliqué à la santé qui s'appuie sur le concept d'autonomie solidaire. Il a fallu trois ans de travaux d'intelligence collective pour construire ce nouveau modèle dans toutes ses composantes et s'assurer qu'il faisait consensus.

La mission confiée à l'Hcaam est donc mission impossible et se soldera par un échec. C'est inhérent à la structuration d'un système de santé. On peut prendre d'autres exemples dans ce quinquennat qui ont été des échecs pour les mêmes raisons. En 2018, Mme Buzyn a lancé son grand plan santé 2022, qui devait refondre entre autres les modalités de paiement des professionnels et des établissements. Trois ans après, rien n'a bougé.

En Juillet 2020, M. Véran signe le Ségur de la santé, quasi exclusivement centré sur l'hôpital. Un an après, la crise hospitalière est à son paroxysme, avec une pénurie de soignants record et une attractivité des établissements au plus bas. Toujours cette pensée cloisonnée du système, qui oppose une à une des rustines sur chaque composante d'un modèle en fin de vie, en fonction des urgences.

Comme il ne faut pas s'arrêter en si bon chemin, M.Véran a missionné en juin dernier une autre agence, le haut Conseil de Santé Publique (Hcsp), pour réfléchir à la refonte de la santé publique en France. Nous avons donc une agence qui réfléchit à l'avenir du financement de la santé sans se préoccuper des questions de santé publique et une autre agence qui pense à l'avenir de la santé publique sans se préoccuper de son financement. Il faut préciser que ce délire institutionnel existe depuis une vingtaine d'années.

En 2022, la France disposera d'un modèle social perclus de dettes, avec des hôpitaux au ralenti par manque de personnel soignant, d'un système de santé inadapté à la gestion des crises comme à celle des pathologies chroniques, sans prise en compte de la santé globale, seule à même de réduire les inégalités sociales et d'aborder le volet environnemental si important.

Peut-on se permettre de transmettre un tel fardeau à nos enfants et ignorer le sujet dans une campagne présidentielle, comme c'est le cas jusqu'à maintenant? La société civile, par l'intermédiaire de l'Institut Santé, a pris ses responsabilités en produisant un programme clé en main pour bâtir un nouveau modèle social appliqué à la santé. Elle apporte la preuve que ce nouveau modèle est à portée de main. Comme le disait Max Weber, « la politique c'est ce qui est faisable ».

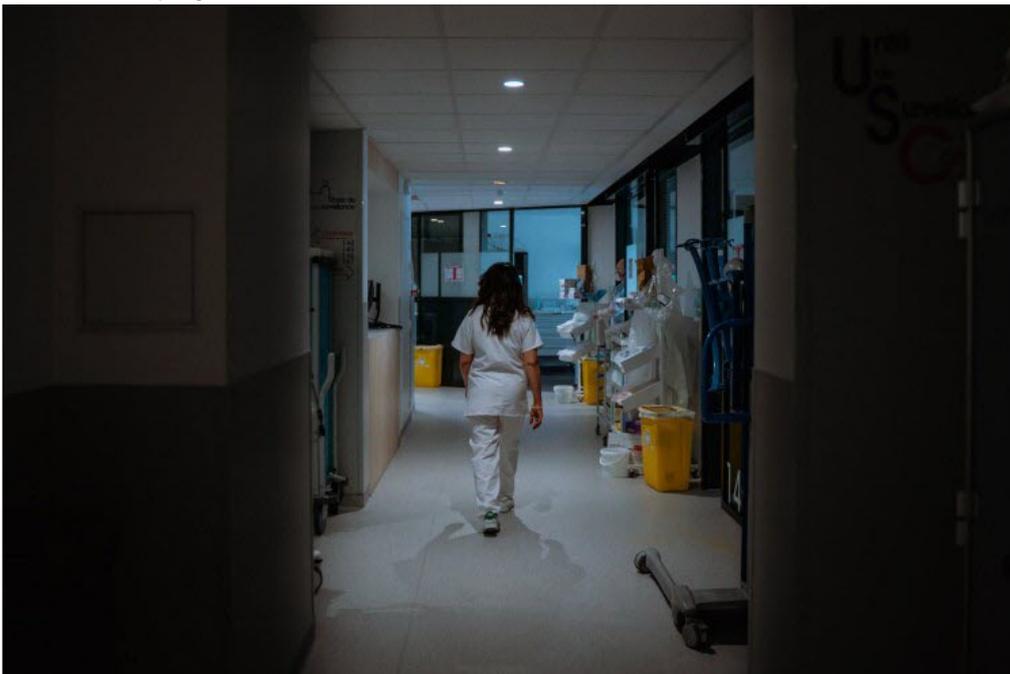
Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale. Il est président de l'Institut Santé et professeur affilié à ECSP

Le Dauphiné Libéré, 28/10/2021

Santé

Professions médicales : l'hôpital public n'attire plus

De nombreux postes sont vacants dans les hôpitaux publics Cette désaffection touche toutes les professions médicales et inquiète le gouvernement, qui a décidé de reporter sa réforme de l'intérim médical pour garantir la présence de médecins remplaçants.



67% des externes et internes vivent un burn-out, selon une enquête menée par trois organisations syndicales de jeunes médecins. Photo : Andre Alves / Hans Lucas via AFP

"Longtemps, je n'ai pas quitté l'hôpital pour faire partie de la solution plutôt que du problème. Malheureusement, j'ai fini par en partir car l'hôpital se fout de son personnel et lui fournit des conditions de travail décentes" ; "Je croyais dans l'hôpital public, j'ai pris un poste fixe pendant 3 ans, passé mon PH (NDLR: diplôme)... et j'ai démissionné devant le manque de reconnaissance, l'irrespect de l'administration et le manque de moyens !" ; "Je quitte le navire moi aussi, pour de nouvelles aventures après 30 ans à l'hôpital public. Il n'est plus possible d'exercer

convenablement sans être débordé et maltraité dans ce qu'est devenu ce Titanic à bord duquel nous avons tous essayé de combattre".

Sur Twitter, des soignants expliquent pourquoi ils ont fini par décider de quitter l'hôpital public. Un médecin radiologue a publié mercredi un long récit sur le réseau social expliquant pourquoi il renonçait à son poste de praticien hospitalier : moyens humains et matériels restreints, vie personnelle sacrifiée, charge mentale étouffante, compensations rares.

La réforme de l'intérim médical repoussée

Depuis la rentrée, les alertes se multiplient sur les postes vacants dans les établissements hospitaliers. Le ministre de la santé, Olivier Véran, a lui-même reconnu ce problème, dans un entretien à [Libération](#) mercredi : "Il y a un certain nombre d'unités dans des hôpitaux qui sont obligées de fermer temporairement, ou de réduire la voilure, faute de soignants, faute surtout de pouvoir en recruter".

Face à cette situation, le ministre a repoussé la mise en œuvre de sa réforme de [l'intérim médical](#), qui prévoit de plafonner la rémunération des intérimaires. "Des directions d'établissement et des élus ont commencé à alerter sur les risques de fermeture de tel ou tel service hospitalier, faute de praticiens. J'ai écouté et considéré qu'après la crise du Covid et l'obligation vaccinale, cela faisait peut-être beaucoup à absorber pour les hôpitaux", a-t-il justifié auprès de [Libération](#).

Le gouvernement espère pouvoir mettre en œuvre la réforme en 2022, convaincu qu'il faut "en finir avec des missions payées jusqu'à 3000 euros les vingt-quatre heures". "Je n'ai jamais vu de tel tarif, affirme le directeur d'une agence d'intérim médicale. On traite ces médecins remplaçants comme des mercenaires alors qu'ils débloquent le système en permettant que l'hôpital fonctionne, c'est injuste. Le fonds du problème, c'est le numerus clausus".

"Un médecin vacataire ou intérimaire n'a pas les avantages d'un praticien titulaire dans l'hôpital public, ajoute-t-il. Il n'a pas cinq semaines de congé par an, 19 jours de RTT, deux semaines de formation offertes. Il passe beaucoup de temps sur la route et loin de sa famille et les jours de déplacements ne sont pas travaillés. Il ne peut pas se mettre en arrêt maladie et ses droits à la retraite sont médiocres".

Un tiers de postes vacants chez les paramédicaux

Mais c'est surtout les professions paramédicales qui sont en tension. "On constate une hausse de près d'un tiers des postes vacants chez les paramédicaux par rapport à l'automne 2019. L'absentéisme augmente, lui, d'un peu moins d'un point sur la même période pour les personnels non médicaux. Les démissions augmentent plus significativement entre 2020 et 2021 qu'entre 2019 et 2020", a noté le ministre.

"De nombreuses infirmières se sont retrouvées en burnout et stress post-traumatique après la première vague de Covid où elles ont été confrontées à l'horreur des choix entre les patients, explique Thierry Amouroux, porte-parole du syndicat national des professions infirmières (SNPI). Et depuis le déconfinement, l'administration a continué de fermer des lits, avec pour conséquence une charge de travail qui explose pour les infirmières".

Cet épuisement professionnel touche même les étudiants en formation. Ils sont nombreux à renoncer au métier qu'ils ont choisi avant même la fin des études. "Les étudiants en stage sont perplexes : il n'y a plus assez de personnel pour assurer le tutorat et l'administration gère l'hôpital comme une entreprise", détaille Thierry Amouroux. Et selon une enquête menée par trois organisations syndicales de jeunes médecins, 67% des externes et internes vivent un burn-out.

Une situation pas nouvelle

Si la crise sanitaire a agi comme révélateur pour de nombreux soignants, les difficultés ne datent pas d'aujourd'hui. Cécile*, infirmière, a quitté l'hôpital public pour le privé il y a 9 ans. En cause : une gestion managériale inadaptée, des cas de harcèlement, des moyens de plus en plus limités. "C'était l'horreur les dernières années : une pression énorme, toujours en sous-effectif ou avec du personnel pas formé", explique-t-elle. Si elle considère que le privé a aussi ses dérives, "quand je vois que ça continue de se dégrader dans l'hôpital public, je n'ai aucune envie d'y retourner".

Mais le gouvernement a envie d'y croire : le ministre de la Santé a demandé à Pôle Emploi un repérage des soignants inscrits en vue d'une reconversion professionnelle. "Pour qu'on aille les chercher, en les recevant un par un en entretien, en essayant de comprendre pourquoi ils s'en vont et leur proposer d'autres alternatives, d'autres manières d'exercer leurs métiers", a-t-il énoncé.

2. Pôles de santé, professionnels de santé

Sud Ouest, 28/10/2021

Gironde : le tribunal administratif annule l'autorisation de défrichage du pôle santé de Lacanau



Le tribunal administratif a retoqué l'autorisation de défrichage accordée par la préfecture dans le cadre d'un projet de construction de pôle santé près du lac du Moutchic. La mairie va faire appel

C'est un coup dur pour le projet de pôle santé au Moutchic, à Lacanau. Le tribunal administratif vient d'annuler l'autorisation de défrichage accordée par la préfète de Gironde à la société qui porte ce projet, comportant également une maison de retraite et une crèche au pied du lac.

Le tribunal a estimé que deux parcelles sur lesquelles se trouve le terrain d'assiette du projet sont classées en « espaces naturels remarquables » au sens de la loi Littoral. Tout comme la mairie, le promoteur s'appuyait notamment sur le fait que le site avait déjà abrité une base aéronavale, puis, jusqu'en 1985, un centre médico-scolaire.

Milans noirs et chauves-souris

Le tribunal a estimé toutefois que « le périmètre à défricher porte sur un terrain dépourvu de toute construction » et « séparées d'un lotissement par un bois classé ». Il pointe par ailleurs qu'une partie du terrain est située « dans la bande littorale des 100 mètres du lac ». En outre, le tribunal invoque un boisement favorable à la présence de milan noir, une espèce protégée, et le risque de « perte de lieu d'habitat ou de reproduction » de chauves-souris.

Alors que le recours porté par l'association Vive la forêt, défendue par M^e François Ruffié, avait été rejeté en référé, le déboisement a déjà été réalisé dans l'optique de commencement des travaux en 2022.

Le maire Laurent Peyrondet ne cache pas que les délais sont désormais rallongés. « La Ville va se joindre à l'appel. C'est un projet d'intérêt général pour lequel toutes les précautions environnementales ont été prises, on cochant toutes les cases », lance-t-il, amer. « Cela fait cinq ans que l'on travaille sur ce projet. On repart pour des mois. En attendant, les gens vont devoir faire des kilomètres en voiture pour accéder aux services que nous souhaitons installer ici. »

La République de Seine et Marne, 27/10/2021

Seine-et-Marne. Un nouveau pôle pour la santé mentale à Sénart en 2023

Mercredi 20 octobre, l'association Les Ailes Déployées a posé symboliquement la première pierre de ses Maisons Hospitalières qui ouvriront leurs portes en 2023.



La première pierre de l'établissement a été posée mercredi dernier (©DR)

À Savigny-Le-Temple, dans la ZAC de Villebouvet, les palissades cachent un chantier de grande ampleur. En effet, c'est dans cet espace, au coeur du centre-ville, non loin du foyer d'accueil médicalisé et face à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), que s'implanteront, en 2023, les Maisons Hospitalières de Sénart.

Ce projet, de 6 400m², initié par une association d'aide à la santé mentale, Les Ailes Déployées, accompagnera des personnes atteintes de troubles psychiques dans un service d'hospitalisation complète de 55 lits, mais aussi en posture psychiatrique (unité passerelle de 20 lits), et disposera d'un hôpital de jour de 25 places. L'établissement permettra de faciliter l'accès aux soins des patients, de limiter les ruptures de parcours et de favoriser un retour à la vie normale, au rétablissement ou un accompagnement vers une réhabilitation médico-sociale.

« Personne ne doit rester à la porte »

Véritable enjeu de santé publique, et première dépense de la sécurité sociale, puisqu'un français sur cinq est touché par une maladie psychique, la santé mentale est aussi très méconnue.

Marie-Line Pichery, maire de Savigny-le-Temple, se dit « ravie » d'accueillir les Maisons Hospitalières sur sa commune. « Personne ne doit rester à la porte de la société en raison d'un handicap physique, insiste-t-elle. L'inclusion sociale de tous doit être un impératif du vivre en commun. »

Pour l'élue savignienne, l'implantation sur la ZAC, à proximité d'autres établissements de santé, va permettre de « construire avec les habitants un quartier de paisibilité heureuse et d'intégration sociale, un quartier vertueux pour accompagner la santé mentale, la maladie psychique. »

Outre la prise en charge médicale, l'établissement se voudra ouvert vers le monde, avec par exemple l'organisation de concerts ou d'expositions. Thierry Aumonier, président de l'association, souligne que « l'esprit des Maisons Hospitalières est qu'il n'y ait pas de barrière entre les malades psychiques et les autres. »

Des équipes en cours de constitution

Du côté de l'ARS, on espère aussi que ce nouveau service « rendra le territoire attrayant pour des nouveaux professionnels, la psychiatrie en Seine-et-Marne souffrant d'un manque d'attractivité. »

Les équipes médicales sont d'ailleurs en cours de constitution pour être prêtes pour l'ouverture au deuxième trimestre 2023.

3. E-santé

What's up Doc, 28/10/2021

Les créateurs de startups de la e-santé interrogés sur leurs difficultés



Impact Healthcare* et Bpifrance ont interrogé 67 fondateurs de startups menant des projets en santé numérique. Une enquête qui prouve à quel point ce secteur n'est pas facile : 3/4 d'entre eux trouvent très ou extrêmement difficile de porter un projet d'innovation santé en France. Entretien avec le Dr Jean-Marc Coursier, co-fondateur d'Impact Healthcare.

WUD : Pouvez-vous nous rappeler l'origine de cette enquête ?

Jean-Marc Coursier : Cette enquête, menée entre mai et juin par Impact Healthcare et BPIFrance, avait pour objectif d'identifier les difficultés rencontrées par de jeunes entreprises en santé numérique : 67 fondateurs de startups, représentatifs de cet écosystème, ont accepté de nous répondre. Le panel était diversifié : nous avons aussi questionné de très jeunes entreprises qui n'avaient pas encore fait de chiffre d'affaires, et d'autres, plus matures (qui avaient parfois plus d'un million de C.A.), avec des propositions de financement assez conséquentes. Cet échantillon très large nous donnait une vision globale des freins rencontrés par les entreprises en santé numérique.

WUD : Quels types de services proposent ces startups ?

J.-C. : Cela va du service aux patients, aux professionnels de santé, ceux qui travaillent sur les parcours de soin, ou les thérapies digitales : bref, un panel assez représentatif du secteur.

WUD : Des entreprises très différentes, mais qui rencontrent des problèmes assez similaires... Vous nous les présentez ?

J.-C. : Nous pouvions nous y attendre mais le chiffre est là : ils étaient 74% à nous dire que c'est très difficile, voire extrêmement difficile de créer une entreprise dans le secteur de la santé. Ce que nous avons remarqué, c'est qu'il y a deux profils de porteurs de projet. Le premier regroupe des startups qui émanent de projets développés par des médecins : ils ont souvent de bonnes idées, qui sont en phase avec le marché et les besoins, mais ils sont un peu décalés avec la réalité entrepreneuriale. Le second regroupe de jeunes entrepreneurs, souvent issus de grandes écoles de commerce ou d'ingénieurs, qui sont très à l'aise avec l'aspect « business » : ils apportent une vision intéressante car ils s'affranchissent des barrières que le monde médical peut avoir ; en revanche, ils sont moins en phase avec les contraintes du secteur, notamment réglementaires ou économiques.

WUD : Le premier blocage, c'est l'accès au marché ?

J.-C. : Oui, c'est clairement ce qui ressort de notre enquête : accéder au client, c'est très compliqué dans le milieu de la santé.

WUD : A quoi est-ce lié ?

J.-C. : C'est un marché assez hétérogène, très exigeant au niveau réglementaire et juridique. Les entrepreneurs interrogés nous l'ont dit : les processus de décision sont très longs ; faire changer les usages, même si l'on a détecté un besoin, c'est très difficile. Le point dur, enfin, concerne le modèle économique. Globalement, la fameuse question « qui paye » est très difficile à résoudre. L'accès à son marché reste la première difficulté de ce secteur.

WUD : Les études cliniques constituent aussi un frein conséquent. Pourquoi ?

J.-C. : La santé relève du domaine scientifique. Pour voir son projet aboutir, il faut faire des expérimentations, valider ses hypothèses en apportant des preuves. Ce sont des obstacles majeurs, même pour des solutions digitales simples, parce que c'est long, parce que c'est cher, parce qu'il faut créer une méthode d'étude rigoureuse...

WUD : Ils sont en effet 96% à déclarer avoir de réelles difficultés à mener ces études. Que leur conseillez-vous ?

J.-C. : Il faut anticiper ce passage obligé dans le développement de l'entreprise. Anticiper qu'il faudra dégager un budget important pour valider les hypothèses imaginées au début du projet, en apportant des preuves.

WUD : Concluons par le financement. Les entrepreneurs interrogés assurent que les aides publiques sont faciles d'accès. C'est plutôt rassurant pour une étude menée avec la BPI ?

J.-C. : Ce n'est pas parce que nous avons fait cette étude avec la BPI que nous ne pouvons pas saluer son action pour amorcer les projets en santé ! Beaucoup d'aides publiques sont très facilement accessibles. La quasi-totalité des entrepreneurs interrogés (87%) ont bénéficié ainsi de subventions au début de leur projet.

WUD : En revanche, il persiste des difficultés à obtenir des financements dilutifs (des investisseurs qui prennent part au capital) et à être accompagné pour les obtenir. Pourquoi ?

J.-C. : La plupart des investisseurs ont besoin de critères plus... tangibles économiquement, ils exigent que les startups aient déjà fait du chiffre d'affaires, qu'elles aient déjà accédé à une clientèle. Il y a une vraie difficulté, mais elle montre la cohérence de l'enquête puisque nous retrouvons le point évoqué auparavant de difficultés d'accès au marché.

WUD : Le profil de l'entrepreneur en santé qui réussit ?

J.-C. : Celui qui sait allier des compétences entrepreneuriales et des compétences « métier », s'entourer d'experts en amont pour résoudre les problématiques réglementaires et juridiques, et de relais qui faciliteront l'accès à son marché. Il y a beaucoup de beaux projets à mener en santé, il ne faut pas hésiter !

[L'enquête sur le développement des startups en santé numérique](#)

*Impact Healthcare catalyse les projets d'innovation en santé essentiellement dans le numérique. La société accompagne de nombreuses startups du secteur, est partenaire de l'incubateur E-santé de Bpifrance et accompagne des grands comptes dans leurs projets numériques. [Le site Web de d'Impact Healthcare](#)

Une campagne pour promouvoir la e-santé



Le ministère des Solidarités et de la Santé vante les avantages de la e-santé pour la prévention des maladies et notre prise en charge par les professionnels de santé.

Téléconsultation, [dossier médical sécurisé](#) pour stocker ses données, agenda santé, messagerie sécurisée pour échanger avec son médecin, ordonnance dématérialisée, pré-admission à l'hôpital simplifiée, prévention personnalisée... Les avantages de la e-santé pour la prévention des maladies et notre prise en charge par les professionnels de santé sont multiples. Le ministère des Solidarités et de la Santé les vante à travers une campagne nationale, lancée avec l'Agence du numérique en santé. Avec un slogan simple : « Oui à la e-santé ».

« *Pour que le numérique devienne le meilleur allié de notre santé !* », la campagne média grand public « *Oui à la e-santé* » a débuté dès le 22 août, avec des parutions dans la presse quotidienne nationale et régionale. Elle a été complétée à la rentrée par des parutions dans la presse magazine. Pour appuyer la campagne, un site internet a été développé : ouialaesante.fr.

Celui-ci regroupe l'ensemble des messages de la campagne et hébergera prochainement la web-série « Parlons e-santé », réalisée en partenariat avec le Dr Michel Cymes, alias Dr Good !.

L'année 2022 va marquer un tournant pour le numérique en santé avec la mise en service de Mon espace santé. Cet espace sera ouvert à tous les Français pour améliorer le parcours de soins et que chacun puisse être pleinement acteur de sa santé, insiste le ministère des Solidarités et de la Santé.

Le Pôle sera connexe à une résidence services senior de 130 logements exploités par DOMITYS.

Le Pôle comptera des Médecins Généralistes, Sage-femmes, centre de prévention et d'urgence, dentaire, ophtalmologique et de prévention.

Ouverture prévisionnelle est estimée au 4T2023.