

- Entreprises de santé : Le « monde d'après » commence maintenant ! p. 1
- Les CPTS peuvent-elles sauver les soins primaires ? ..... p. 2/3
- Interview : Magali LEO, responsable du pôle plaidoyer RENALOO ... p. 4
- Infos : A lire, Les Mardis et Les Matinales de CS ..... p. 5

## Quelques paradoxes post-Covid

Le premier réside sans doute dans le fait qu'une pandémie mondiale ait eu pour effet de renforcer les frontières et l'illusion de la protection qu'elles constituaient.

La seconde est illustrée par la contradiction entre une mondialisation économique qui continue de s'étendre et l'absence criante de contre-poids politique, notamment dans la gouvernance mondiale par les institutions internationales.

Par ailleurs, et depuis toujours, les hommes ont été fascinés par le ciel, royaume des dieux, espace à conquérir, méconnaissant l'infiniment petit qui pourtant recèle les plus graves dangers.

La distanciation sociale, élément majeur de notre politique de prévention, exclut le dialogue, accroît le doute et l'isolement, exhausse l'incertitude, affaiblit encore la confiance, élément indispensable au « **vivre ensemble** » dans un temps où la solidarité apparaît comme la seule voie de sortie de crise.

Un Etat central jugé à la fois Jupitérien et bureaucratique mais un état sanitaire trop fragile pour être dépouillé au profit d'autorités locales dont la légitimité et les compétences sont loin d'être démontrées.

Alors, restons humbles face à des choix complexes qui résistent au critère unique et concluons avec le poète et le philosophe (Horace et Kant) « *sapere aude\** » en ayant le courage de nous servir de notre propre entendement pour retrouver la lumière.



**Alain Coulomb**

(\* Savoir entendre est une locution latine à l'origine empruntée à Horace signifiant littéralement « Ose savoir ! »

## Entreprises de santé : Le « monde d'après » commence maintenant !

*Jamais les industries de santé n'ont suscité autant d'intérêt. Politiques, médias, citoyens s'emparent des sujets liés à la recherche, la production et la mise à disposition des produits de santé. Au-delà des débats publics, la crise transforme les entreprises du secteur. Au contact de leurs clients, les équipes de Nextep observent et accompagnent certaines mutations.*



Les premières transformations visibles sont organisationnelles. Si les industries de santé ont largement répondu à l'appel du gouvernement visant à généraliser le télétravail, certaines d'entre elles ont été plus loin, en repensant profondément leur organisation. Novartis va ainsi proposer à ses salariés de choisir leur lieu de travail, à la maison ou au bureau, dans les proportions qu'ils souhaitent. Près de 2 000 salariés de la filiale seraient concernés.

La crise sanitaire impacte aussi les entreprises de la santé dans leur cœur de métier. Alors que les capacités d'accueil des patients atteints de maladies chroniques au sein des hôpitaux ont été réduites, certains groupes ont favorisé

l'administration des thérapies au domicile du patient. Les équipes de Bristol-Myers Squibb France ont ainsi travaillé à la mise en place de mesures dérogatoires d'administration de médicaments chez les patients pour leur éviter de se rendre à l'hôpital.

Ce contexte d'accès aux soins du quotidien a renforcé la digitalisation des relations entre les entreprises, les professionnels de santé et les patients. Des mois durant, les solutions numériques ont ainsi permis de maintenir le lien entre les professionnels de santé et les patients. Chez Abbott France, impliqué dans la télésurveillance du diabète, on observe que les nouvelles technologies ont précédé et rendu possible l'évolution d'une réglementation plus

favorable à la télésurveillance, permettant de réduire le passage des personnes atteintes de diabète dans les services médicaux.

Mise en place d'essais cliniques, concrétisation de la réforme de l'accès précoce aux innovations, gestion de l'approvisionnement... le dialogue entre l'Etat et l'Industrie s'est considérablement renforcé depuis plusieurs mois. C'est évidemment le cas pour les laboratoires qui mettent à disposition un vaccin. Les équipes de Pfizer ont été particulièrement mobilisées pour répondre aux questions de la

task force interministérielle en charge de déployer la campagne vaccinale, sur des sujets divers : caractéristiques du vaccin, agenda de mise à disposition et gestion des stocks, personnel nécessaire par centre de vaccination, formation requise pour vacciner, modalités de transport des vaccins, etc.

Si certaines transformations ouvrent la voie à des changements structurels, qu'en sera-t-il demain du dialogue entre les autorités publiques et les laboratoires ? La crise aura-t-elle pour effet l'identification de « grandes

causes en santé » nécessitant l'effort et la participation de tous, favorisant des relations renforcées entre industriels, pouvoirs publics, professionnels de santé et patients ?

Sur le sujet, les comités de direction des entreprises de santé débattent, réfléchissent et se projettent... avec une seule certitude : les transformations ne font que commencer !

**Mickaël Halimi**

*Manager Senior en charge des Affaires Publiques*

TRIBUNE

Les soins primaires « à la française »

# Les CPTS peuvent-elles sauver les soins primaires ?

*Urgence ! Les équipes de soins primaires doivent s'emparer des organisations territoriales pour faire face à la raréfaction des ressources médicales, la perte d'attractivité de soins primaires mal rémunérés, le développement des plateformes de téléconsultations...*

**NOUS SOMMES EN 2030.**

**Premier scénario : une réorganisation réussie**

La tension créée par les difficultés d'accès aux soins, au centre de toutes les préoccupations du fait du départ à la retraite d'une génération entière de médecins généralistes, a été majeure au début des années 2020. De 2010 à 2020, le succès des équipes de soins primaires (ESP constituée a minima de médecin, pharmacien, infirmier.e) hors des murs ou dans des structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé - MSP & CDS) a permis de contenir la perte démographique en proposant de nouveaux modèles attirant plus facilement de jeunes professionnels. Travail d'équipe, organisations permettant des équilibres réels entre vie professionnelle et privée, rémunérations de missions jusqu'alors non valorisées, utilisation de nouveaux outils ...ont dynamisé des projets. Cependant, pour accélérer la transformation, il fallait confier aux professionnels la construction de solutions territoriales pour endiguer la déstructuration des soins primaires.

Nées de la Loi Ma santé 2022 et portées avec volonté par les ARS et les URPS, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) se sont engagées pour l'accès aux soins, les prises en charge en mode parcours et la prévention (leurs 3 missions socles). Elles ont été reconnues par les élus, les représentants d'usagers et les professionnels comme des outils utiles à la recomposition du système de santé. Souvent, pas toujours, ce sont les MSP ou les « pôles de santé de proximité qui ont initié les CPTS qui tissent dans chaque territoire de soins le maillage nécessaire.

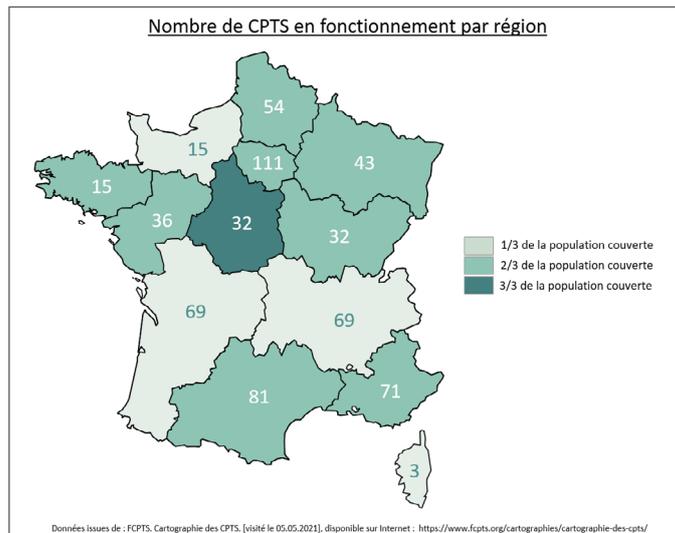
La crise sanitaire aura été un accélérateur de leur constitution et démontré leur bien-fondé (relais d'informations, coordination des actions et mobilisation des professionnels). A partir de 2021, la



preuve de leur plus-value ayant été faite, les CPTS ont créé des outils : plateforme de coordination, formations partagées, concertations pluri professionnelles, partage de compétences, portage de plan stratégique d'installation, agendas partagés, organisation de la veille et de l'intervention en cas de crise sanitaire... En dotant les professionnels volontaires de ces moyens organisationnels, du temps pour le soin et l'accompagnement des patients a été gagné et l'exercice est redevenu attractif.

Dès 2022 plus d'un millier de CPTS étaient opérationnelles. La plupart ont donné dans leur statut associatif, une place active aux partenaires du champ sanitaire, médicosocial et social. Des collectivités territoriales se sont rapprochées d'elles laissant tomber (enfin) la course à la seule construction de locaux avec son cortège d'échec et de surenchères pour attirer des médecins.

Grâce à un Accord Conventionnel Interprofessionnel renégocié entre l'Assurance Maladie et les syndicats, des financements plus conséquents ont permis d'installer une organisation territoriale, des outils numériques de coordination, des parcours formalisés par pathologie ou pour les soins non programmés. Ces rémunérations forfaitaires complètent la rémunération à l'acte. Aujourd'hui chaque CPTS dispose d'un système d'information permettant les échanges en son sein et avec les établissements de santé. Un système d'échange entre médecin et infirmier.e optimise les suivis à domicile. La télé consultation permet, outre la gestion de soins non programmés en lien avec le Service d'Accès aux Soins (SAS), opérationnel depuis 2022, un accès à des compétences spécialisées parfois éloignées et, de ce fait, optimise les déplacements des patients vers les spécialistes. L'impact environnemental de la santé est ainsi nouvellement pris en compte. L'attractivité des CPTS est réelle et les jeunes généralistes choisissent la pratique des soins primaires, sous statut libéral ou salarié surtout depuis que les structures d'exercice coordonné peuvent salarier des professionnels de santé. Les MSP sont ainsi devenues de véritables entreprises médicales à buts non lucratifs en lien avec la CPTS.



Les premières évaluations médico-économiques des plus anciennes CPTS ont montré dès 2026 que dans deux parcours prioritaires – le suivi des personnes âgées et les pathologies chroniques au 1er rang desquelles le diabète et les pathologies cardio-vasculaires - la prise en charge organisée au sein d'une CPTS coûtait 20% moins cher qu'en exercice non coordonné.

Les soins primaires « à la française », basés sur des parcours et un lien fort avec un médecin traitant, majoritairement spécialiste en médecine générale, ont été sauvés par cette réorganisation territoriale. C'est une bonne nouvelle car un système de santé basé sur des soins primaires de qualité et bien articulés avec les autres acteurs est de meilleure qualité.

**Second scenario : l'échec des CPTS**

Présentées comme LA solution pour réorganiser de manière efficace et efficiente l'accès à des soins primaires de qualité reliés aux partenaires sur chaque territoire français, les CPTS ne se sont malheureusement pas imposées. Dès 2020 de très nombreux libéraux ont refusé de s'investir dans leur construction. Avec véhémence parfois, traitant l'outil de nouvelle « usine à gaz », ou refusant en silence de participer auprès des quelques leaders engagés, les professionnels y ont vu une volonté de l'état de prendre le contrôle de leur activité. Pour ces détracteurs, le numérus clausus et l'incurie politique étant les causes de la perte d'attractivité... les CPTS n'apportant selon eux que des contraintes administratives. Les mêmes professionnels avec quelques-uns de leurs syndicats ont freiné le déploiement de l'exercice regroupé pluri professionnel et le salariat en structures de soins primaires.

Les ARS ont été impuissantes à stimuler les initiatives territoriales. Aucun plan de communication pédagogique à destination des professionnels n'a été mis en place laissant les positions syndicales négatives se répandre sur les réseaux sociaux des professionnels, les ARS ayant perdu leur crédibilité après 2020.

Sur le terrain, la démographie médicale se s'est pas relevée malgré l'augmentation régulière du nombre de médecins formés. Faute de nombre suffisant de structures d'exercice regroupé et coordonné, les jeunes médecins se sont tournés vers des services

hospitaliers publics et privés, des établissements médicosociaux, des plateformes de consultations à distance...

L'hôpital a continué à être au centre de toutes les préoccupations, crise sanitaire oblige, et les investissements nécessaires n'ont pas été faits dans les soins ambulatoires. Ces derniers étant encore à tort considérés comme de simples ajustements des difficultés hospitalières. De nombreux hôpitaux ont ouvert des services de médecine générale, des unités de soins non programmés, nourrissant ainsi toujours mieux leurs filières. Chaque spécialiste d'organe fait un peu de médecine générale mais sans faire de suivi global.

Devant ce constat toutes les voix ont porté au pinacle un outil qui allait tout régler : la télé-médecine.

Évidemment très utile, la crise sanitaire l'ayant montré en 2020 et 21, la télé-médecine a été présentée comme la solution sans s'intéresser à la greffe de l'e-santé et de la télésanté sur les professionnels de santé du terrain. Les plateformes de téléconsultation répondent de plus en plus à ce besoin sociétal d'immédiateté en favorisant aussi le consumérisme médical.

Les patients n'ont pas vu venir, compris ces évolutions et ont nourri la dérive du système de santé par une consommation de soins inadaptée répondant au « tout tout de suite », et conduisant à la perte rapide de confiance, à de fréquents changements d'interlocuteurs, et ce, malgré le plébiscite du « médecin traitant » dans les enquêtes en population générale. L'égalité d'accès aux soins, pourtant garantie à chaque citoyen français par la Constitution s'est progressivement dégradée. L'évolution s'est ainsi faite au détriment de l'exercice programmé de la médecine générale, en tant que spécialité à part entière et pour laquelle les généralistes se sont battus au début des années 2000 avant qu'elle soit reconnue en 2004. Résultat : le parcours « médecin traitant » n'existe plus !

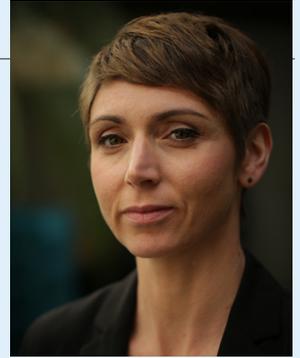
**Dr Dominique Dépinoy**  
Président d'Acasantis



(1) Exemple le pôle de santé Paris 13, 1<sup>ère</sup> CPTS de l'Île de France  
(2) Lire à ce sujet les excellentes tribunes de Pierre Simon <http://www.teledaction.org/437233545> et <http://www.teledaction.org/446283095>  
(3) <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>

## Magali LEO, responsable du pôle plaidoyer RENALOO

*RENALOO est une association de patients dédiée aux maladies rénales, adhérente de Coopération Santé. A la suite de la récente « Semaine nationale du Rein », Magali LEO a bien voulu répondre à nos questions.*



### Pourriez-vous nous présenter RENALOO ?

Renaloo est une association de patients assez récente. En 2001, Yvanie Caillé, atteinte d'une maladie rénale, constate que très peu de sites internet donnent des informations sur sa pathologie. Greffée en 2002, elle décide de consacrer sa convalescence à la réalisation d'un blog (Renaloo) pour y relater de façon simple et sincère son vécu et celui de ses proches. Ce site a attiré beaucoup de visiteurs et a montré qu'il répondait à une véritable demande et qu'il devait s'enrichir de rubriques médicales, sociales...

En 2008, Renaloo devient une association de patients pour soutenir, favoriser l'autonomisation des personnes qui vivent avec une maladie ou une insuffisance rénale, qui sont dialysées ou transplantées, ainsi que pour défendre leurs droits et intérêts et améliorer leur qualité de vie et de soins.

Une étape importante de la vie de l'association a été la réalisation en 2012-2013 des Etats Généraux du Rein, qui ont permis le recueil de 9000 témoignages de patients et autres parties prenantes mettant en évidence des dysfonctionnements du système de santé et la détresse de nombreux malades.

Depuis octobre 2016, Renaloo dispose de l'agrément national des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Renaloo est membre du conseil d'administration de France Assos Santé.

Riche de deux permanentes et d'une soixantaine de bénévoles, Renaloo agit pour :

- **Informé, soutenir et répondre aux besoins des patients.** Cela passe par une mobilisation associative, structurant les équipes dans les différentes régions afin de proposer des actions aux patients, organisant des retours d'expérience au plus près de la réalité des territoires, développant des projets d'autonomisation des malades et des proches et formant les bénévoles. Cette dynamique territoriale se veut complémentaire d'une forte présence en ligne, et d'initiatives telles que « MoiPa-

tient », qui est une plateforme permettant l'expression de nouveaux savoirs issus des patients eux-mêmes.

- **Faire connaître les difficultés de la situation réelle des patients.** Car, bien que supérieure à la dialyse en termes de qualité et d'espérance de vie, la greffe n'est toujours pas le traitement dominant en France (44 % des patients sont greffés). L'accès à la transplantation est inférieur à celui d'autres pays européens et diffère selon la région et le milieu social. Les parcours des patients sont souvent chaotiques et émaillés de pertes de chances.

Nous souhaitons donc **influer sur les décisions** pour que l'amélioration de la qualité de soins et de vie des patients soit au cœur des réformes, et qu'elle soit accompagnée d'une plus grande transparence médicale et financière dans la prise en charge des maladies rénales.

### Compte tenu de votre expérience, considérez-vous que l'écoute du patient et la démocratie en santé ont progressé ?

Oui, bien évidemment depuis la loi de 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la démocratie en santé a progressé. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a prévu l'existence d'instances au sein desquelles les représentants des usagers sont reconnus. Elles se sont mises en place aux différents niveaux, mais l'expérience montre que pour faire vivre cette démocratie, il est nécessaire d'être vigilant en permanence, de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir sans relâche les droits individuels et collectifs des patients (information et décision partagée...).

C'est pourquoi Renaloo a construit un plaidoyer solide et argumenté autour des évolutions du système de santé que nous souhaitons, pour les maladies rénales, dialysés ou greffés, mais aussi des valeurs que nous défendons. Nous soutenons notam-

ment un modèle de développement de la greffe rénale en France, le droit des personnes malades à être informés de manière loyale sur les options thérapeutiques qui se présentent à elles, leur libre choix et l'autonomie des personnes malades, leur autonomie, l'écoute de leurs besoins et le respect de leur ressenti.

Cette reconnaissance est éminemment fragile même si des évolutions sont à mettre à l'actif des pouvoirs publics depuis quelques mois. Malheureusement, nous observons et déplorons trop souvent encore la relégation des associations de patients, et de Renaloo en particulier lorsqu'il s'agit de débattre avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants rénaux. Notre pays a encore beaucoup de progrès à faire pour que l'expérience des patients et l'expertise des associations qui les représentent soient reconnues et considérées par les médecins et leurs organisations.

### La crise sanitaire actuelle perturbe-t-elle particulièrement le diagnostic et le traitement des maladies rénales ?

Comme pour beaucoup de pathologies lourdes, les malades des reins ont été victimes de reports ou d'annulations, de dégradations de qualité ou de déprogrammations des soins et des examens. Pour ne donner qu'un exemple, le nombre de greffes réalisées en 2020 s'est effondré (-31 % par rapport à 2019) et les listes d'attente se sont notablement allongées (16 000 patients actuellement). Même si l'Agence de biomédecine a récemment actualisé ses recommandations en préconisant que l'activité de greffe ne soit pas interrompue et en recommandant l'entraide entre établissements, cela n'a pas empêché la suspension des greffes rénales de donneurs vivants comme à Lyon, Clermont-Ferrand, Dijon, Toulouse et Montpellier, auxquelles se sont ajoutés des arrêts pour cause de cluster à Lille, Nantes et Rouen.

Même si la situation semble s'améliorer en >>>

>>> 2021, l'activité de greffe rénale montre toute sa fragilité et il nous semble indispensable que soit établie par les pouvoirs publics, et portée à la connaissance de tous, une feuille de route définissant clairement les structures, les sites, les listes d'astreintes médicales et chirurgicales, les personnes coordonnatrices en charge de garantir la continuité du prélèvement et des greffes rénales.

Nous sommes par ailleurs particulièrement préoccupés par les données qui suggèrent une faible efficacité vaccinale chez les personnes dialysées et greffées. Si un nouveau schéma vaccinal à 3 doses leur est aujourd'hui recommandé (depuis l'avis du COSV du 6 avril), il reste à connaître le taux d'anticorps permettant de considérer que la personne est efficacement protégée. Outre le fait que le résultat des mesures dépend des procédés utilisés, et que ces derniers ne sont pas encore normalisés, la détermination de ce taux doit faire l'objet de recherches en vie réelle, auxquelles Renaloo doit être associée. Et toute solution alternative, comme le recours aux traitements par anticorps monoclonaux en prophylaxie, mérite d'être expertisée au plus vite pour offrir des réponses aux patients qui pourraient ne pas répondre à la vaccination malgré le renforcement du schéma vaccinal.

Les patients que nous représentons ainsi que leurs proches vivent dans une angoisse majeure et parfois même dans une forme d'auto-isolément total depuis le début de la crise. Ils peuvent compter sur Renaloo pour adresser leurs spécificités aux pouvoirs publics et obtenir de leur part des engagements pour les protéger et sensibiliser la société toute entière à l'impératif de solidarité avec les plus vulnérables d'entre nous.

Propos recueillis par Gérard Mathieu et Anne de Boismenu

## À LIRE

« **Vivre en temps réel** » Frédéric Worms.

Bayard, Paris 2021, 174 p.

Nous avons reçu Frédéric Worms le 30 mars 2021 lors d'un « **Mardi de Coopération Santé** » dans le cadre du fil rouge de cette année sur « la concordance des temps ». Ce livre nous invite à poursuivre notre réflexion sur cette dimension humaine du temps. De tout temps, l'homme a toujours **l'illusion de maîtriser le temps** en le comptant mécaniquement, c'était sans compter sans l'appréciation très individuelle, subjective, première

de la **durée**. En effet, la vie réelle est certes temporelle mais aussi relationnelle. « **Vivre en temps réel** » c'est ajuster sa temporalité à celle de la communauté. Nous nous souvenons tous de ce que nous faisons lors de cet après-midi du 11 novembre 2001, où nous étions lors des attentats du 13 novembre 2015. **Aujourd'hui, cette tempête virale du Covid-19, par l'urgence engendrée, vient bousculer notre rapport au temps.** Il est bien la réalité de toutes nos inquiétudes les plus fondamentales, ontologiques entre moi et l'autre, entre vie et mort, entre présent et éternité.

L'élément nouveau de cette rupture est l'extension temporelle et spatiale de l'urgence. Ainsi, cet événement viral est non seulement global, sociétal mais aussi précis, médical. Il évolue dans le temps et dans l'espace entraînant une inquiétude permanente devant un danger non identifié, toujours le même et toujours différent.

**L'incertitude constante de cette pandémie** est un ébranlement nouveau intérieur et global. Elle nous oblige à répondre dès maintenant et dans le long terme à nos contradictions structurelles. Son inscription dans le temps nous oblige à rechercher des conciliations toujours plus complexes. Cette dictature de l'urgence floutée qui perdure entraîne son extension horizontale entre urgence sanitaire et état d'urgence et son extension verticale fragilisant notre confiance entre dictature sanitaire et expression démocratique. « On pourrait croire en effet que l'urgence écrase tout, au sens où elle autoriserait tout, et cela au nom de la vie. Mais on s'aperçoit que c'est le contraire » (p. 147).

**Il nous faut accepter la durée.** Il nous faut prendre en compte nos contradictions humaines. Nous devons répondre à cette injonction de la concordance des temps de nos exigences vitales. « Cette conciliation est notre but commun. » (p. 157)

Bertrand Galichon

Frédéric Worms  
**Vivre en temps réel**



bayard



## LES MARDIS DE COOPÉRATION SANTÉ EN VISIO CONFÉRENCE

Les directives gouvernementales dues à la pandémie Covid-19 nous permettent de nous retrouver, les « Mardis de CS » auront lieu **en présentiel** au Restaurant du Sénat.

Nous vous rappelons le fil rouge 2021 : « **Le système de santé à l'épreuve de la pandémie Covid 19, quelles leçons en tirer** »

• **29 juin** • « **Peut-on et comment concilier la qualité des soins et l'équilibre économique ?** » Jérôme Nouzarède, Co-Fondateur du groupe ELSAN.

• **21 septembre** • « **Quelles données de santé ? Comment ? Pour qui ?** » Alexandre Vainchtock, Cofondateur de la société Heva, Membre Personnalité Qualifiée du Health Data Hub.

• **23 novembre** • « **Formation des citoyens et rôle des média** » (intervenant à confirmer)

*Le calendrier peut évoluer en fonction des directives gouvernementales dues à la pandémie Covid-19.*

COOPÉRATION SANTÉ LA NEWSLETTER COOPÉRATION SANTÉ  
[www.cooperation-sante.fr](http://www.cooperation-sante.fr)

Editeur : Association Coopération Santé - Siège social c/o FFD - 88, rue de la Roquette 75544 Paris Cedex 11 - [cooperationsante@wanadoo.fr](mailto:cooperationsante@wanadoo.fr)

Directeur de la publication : Alain Coulomb - **Rédacteur en chef** : Gérard Mathieu - **Comité de Rédaction** : Marie Josée Augé-Caumon, Anne de Boismenu et Christian Saout - **Réalisation graphique** : Trait de marque Paris - **Copyright** : Association Coopération Santé, tous droits réservés



## LES MATINALES DE COOPÉRATION SANTÉ

En 2021, Coopération Santé innove un nouveau format de rencontres, une série d'interview de 15 minutes sur les thèmes suivants :

• **30 juin** • « **Europe de la Santé** » Henri Lewalle, correspondant permanent d'Espace Social Européen à Bruxelles, spécialiste des questions de protection sociale en UE et Pascal Beau, président de l'Observatoire Européen de la Protection Sociale.

• **30 septembre** • « **Gouvernance** » (intervenant à confirmer)

• **29 octobre** • « **Bilan après la crise, effort de rationalité économique** » (intervenant à confirmer)

*Pour bien finir le mois avec Coopération Santé, vous recevrez les vidéos de ces interviews, à l'heure du petit déjeuner, le dernier jour du mois.*