



VISITE DU MAIRE DE MONTIGNY-LÈS-CORMEILLES AU PÔLE DE SANTÉ

Jean-Noël Carpentier, le Maire de Montigny-lès-Cormeilles, est venu visiter le centre de santé Sagéo ouvert dans sa ville depuis le début de l'année 2021. Cela a permis aux professionnels de santé de présenter les outils innovants de prévention et de téléconsultation proposés aux patients.



BECOME
STÉPHANIE BEILLEAU



WWW.SAGEO-SANTE.ORG

SOMMAIRE

1. Secteur de la santé.....	3
Obligation vaccinale : 3 000 personnels d'établissements de santé non vaccinés ont été suspendus, selon Olivier Véran.....	3
Vers une nouvelle éthique pour l'innovation en santé	4
En 2020, les dépenses de santé en France n'ont jamais aussi peu augmenté	6
Les revenus des médecins libéraux, victimes du Covid	7
28% des Français auront plus de 65 ans en 2050, repenser l'accompagnement s'impose, selon l'Ined.....	10
L'UE prépare son bouclier pandémique	11
2. Pôles de santé, professionnels de santé.....	13
Près de l'HPE au Havre, un nouveau centre de santé consacré à l'appareil musculo-squelettique.....	13
Mission locale : lancement d'un Point Info-Santé	15
3. E-santé.....	16
Que sait-on du vol de données de santé de 1,4 million de patients de l'AP-HP ?	16
« Avec la crise du Covid-19, les données de santé ont fait irruption dans nos vies », avance Coralie Lemke	17
4. Sagéo et ses partenaires	21
Le Maire de Montigny-lès-Cormeilles visite le pôle de santé Sagéo	21

1. Secteur de la santé

Le Monde, 16/09/2021

Obligation vaccinale : 3 000 personnels d'établissements de santé non vaccinés ont été suspendus, selon Olivier Véran

Selon le ministre de la santé, « un grand nombre de ces suspensions ne sont que temporaires » et concernent « essentiellement du personnel des services supports ».



L'hôpital de Bastia, le 5 août 2021. PASCAL POCHARD-CASABIANCA / AFP

Hôpitaux, maisons de retraite, soignants libéraux, aides à domicile, pompiers, ambulanciers... L'obligation vaccinale contre le Covid-19 est entrée en vigueur mercredi et concerne 2,7 millions de professionnels. Une minorité des personnes concernées n'a toujours pas reçu de première dose.

« *Quelque 3 000 suspensions (...) ont été signifiées à du personnel des établissements de santé ou médico-sociaux qui n'étaient pas encore rentrés dans un parcours de vaccination* » contre le Covid-19, a annoncé jeudi 16 septembre Olivier Véran, le ministre de la santé, sur RTL. Il a ajouté que « *la continuité des soins a[vait] été assurée* ».

Selon lui, « *un grand nombre de ces suspensions ne sont que temporaires* » et concernent « *essentiellement du personnel des services supports* », « *très peu de blouses blanches* ». Le ministre a ajouté : « *Beaucoup d'entre eux* ».

ont décidé de se faire vacciner, voyant que l'obligation était une réalité », précisant qu'il y avait eu « quelques dizaines de démissions à ce stade ».

Au moins une dose pour 89,3 % des soignants le 12 septembre

L'Agence France-Presse (AFP) a, de son côté, mené un décompte parallèle au nombre avancé par Olivier Véran et recensé près de 1 500 suspensions rien que dans une quinzaine d'hôpitaux publics.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), principal groupe hospitalier français, a ainsi fait état jeudi de 340 agents suspendus. La presse locale a par ailleurs rapporté des sanctions plus fréquentes dans le Sud : 450 au centre hospitalier universitaire de Nice, 100 à Perpignan, autant au centre hospitalier des Alpes du Sud (Briançon-Gap-Sisteron) et à l'hôpital psychiatrique d'Avignon. S'y ajoutent 76 suspensions au CHU de Brest, 54 dans les hôpitaux de Champagne-Sud (Troyes), 40 à Cahors, 37 à Saint-Nazaire, 26 à Angers, une quarantaine à Rouen, une trentaine à Pau et Alès ou encore une vingtaine à Angoulême.

Les chiffres sont appelés à évoluer dans les prochains jours, si certains salariés choisissent finalement de se faire vacciner mais aussi en fonction des retours de personnels actuellement en congés ou en arrêt maladie et qui pourraient à leur tour être suspendus.

D'après Santé publique France, qui se base sur des échantillons de l'Assurance-maladie, au 12 septembre 89,3 % des soignants avaient reçu au moins une dose dans les structures accueillant des personnes âgées dépendantes (Ehpad, unités de soins longue durée). Les contrevenants, qui ne justifient pas d'une première injection, d'une contre-indication vaccinale ou d'une contamination récente, « *ne peuvent plus exercer leur activité* », selon la loi du 5 août.

Le Monde avec AFP

Inserm.fr, le 16/09/2021

Vers une nouvelle éthique pour l'innovation en santé

Alors que les coûts vertigineux de certains médicaments constituent une menace potentielle pour notre régime de protection sociale et sa capacité à maintenir un accès égalitaire aux progrès biomédicaux, les mécanismes de fixation des prix – comme d'autres aspects de l'innovation en santé – sont à interroger. Comment l'Inserm peut-il encourager cette dernière au meilleur ratio bénéfice/coût ? Catherine Bourgain, directrice de recherche et membre du comité d'éthique de l'Inserm, partage avec nous les réflexions du groupe de travail Éthique de l'innovation en santé.

Durant trois ans, vous avez mené une réflexion collective sur l'éthique de l'innovation. Quel a été le point de départ de ce travail ?

Catherine Bourgain : Cette démarche court sur plusieurs années. Nous sommes partis du constat que l'innovation en santé faisait son grand retour : une bonne nouvelle du point de vue de nouveaux traitements arrivant sur le marché. Seulement, ceux-ci étaient commercialisés à des coûts exorbitants, alors même qu'une partie des travaux de recherche qui ont permis le développement de thérapeutiques nouvelles avait été menée dans des laboratoires publics, financés par la recherche publique. En tant que comité d'éthique de l'Inserm (CEI), nous n'avons pas vocation à rendre des avis généraux sur le prix des médicaments. En revanche, le processus qui permet d'aboutir à des innovations aussi chères devrait être interrogé et décrit par notre organisme dans la mesure où nos recherches contribuent au progrès. La réflexion sur le coût de l'innovation est d'autant plus indispensable que celui-ci représente une menace pour l'accessibilité à des traitements pour tous, un enjeu éthique fondamental dont un institut public doit pouvoir se saisir. Nous avons donc interrogé des économistes pour analyser ces coûts élevés de l'innovation. Nous avons également échangé avec Inserm Transfert, la filiale privée de l'Institut dédiée au transfert de technologie, pour mieux comprendre ses interactions avec les industriels : la question des prix intervient-elle dans les négociations ? Quelle peut être la marge de manœuvre de l'Inserm à ce sujet ? Cela a mené le CEI à

réaliser une quinzaine d'entretiens avec des chercheurs de l'Inserm sur ces problématiques, fondés sur leur expérience de la valorisation d'innovations avec les industriels.

La crise sanitaire a-t-elle confirmé et accéléré ce processus de réflexion ?

C. B. : Dès 2019, la première mouture de la note était terminée. La crise de la Covid-19, qui a davantage ancré nos questionnements dans l'actualité, nous a permis d'aller plus loin dans la manière d'articuler notre réflexion. C'est pourquoi la note évoque en introduction certaines formes d'innovations en santé mises en lumière par la pandémie : innovation en matière d'organisation logistique et humaine des stratégies de tests @@@@PCR, de coordination nationale et internationale sur les essais cliniques de traitements, de repositionnement de médicaments... Tous ces exemples ont illustré l'importance de ne pas limiter l'innovation en santé à ses seules dimensions technoscientifiques.

« Innovation » est un mot sémantiquement vague, que vous vous employez à contextualiser dans la première partie de ce rapport. Quelle définition lui avez-vous apposée pour construire votre réflexion ?

C. B. : Il s'agit en effet d'un terme omniprésent, le plus souvent sous la forme d'une injonction : « il faut » être innovant, « il faut » produire de l'innovation... Nous avons souhaité revenir aux enjeux fondamentaux que soulève cette question de l'innovation : elle permet d'exposer en quoi la recherche publique en santé peut être vecteur d'utilité sociale. Ce n'est pas une critique de l'objectif d'innovation, mais une mise en garde contre une vision trop standardisée du progrès, et tournée vers ce que l'on nomme la « disruption » – c'est-à-dire la rupture avec des technologies, procédés ou conceptions existants – dans les milieux industriels. Cette vision, nous l'avons perçue assez tôt, dès les premiers entretiens effectués avec Inserm Transfert, dont le positionnement stratégique met l'accent sur l'innovation de rupture. Cette dimension nous a interpellés : que considère-t-on comme de la rupture ? Les progrès en santé passent-ils uniquement par ce biais ? Bien sûr, elle est importante pour un organisme de recherche comme le nôtre. Mais n'est-ce pas mettre tous ses œufs dans le même panier que de s'assujettir à cette seule approche de l'innovation, liée à une certaine conception de l'économie de marché ? En tant qu'institut de recherche, nous sommes autorisés à nous poser ces questions, puisque nous sommes tous invités à nous investir dans l'innovation.

En quoi cet imaginaire biaisé que vous nommez « le tout disruptif » peut-il être néfaste aux enjeux de santé publique, d'un point de vue économique, social, voire environnemental ?

C. B. : Se limiter à cette seule vision de l'innovation conduit à une perte de chances. Si l'on prend l'exemple du repositionnement des médicaments, un vivier d'hypothèses de recherche est à notre disposition mais reste sous-exploité – puisque le repositionnement n'est pas, par définition, innovant ou « disruptif ». Cela a des conséquences réelles en matière de production de savoir : une molécule que l'on ne pensait pas utile dans le cadre d'une pathologie peut avoir un vrai rôle dans le processus de soin d'une autre. Ce phénomène constitue une source de recherche fondamentale passionnante, mais les mécanismes actuels de valorisation de la recherche et d'appui à l'innovation ne permettent pas de la soutenir efficacement. La réévaluation de potentiel thérapeutique n'est pas au cœur des priorités des industriels, pour des questions de propriété intellectuelle notamment. Or, la France manque de dispositifs ad hoc pour exploiter sérieusement cette piste. En valorisant une seule approche de l'innovation, on ne permet pas à d'autres formes potentiellement utiles d'un point de vue social, économique et environnemental de se frayer un chemin. En un sens, c'est un manquement au devoir de chercheur public de ne pas explorer ces solutions-là.

Vous défendez une approche « plurielle » afin de réimaginer l'innovation en santé. À quels concepts et notions renvoie-t-elle ?

C. B. : Face à ce monopole de l'innovation disruptive, il me semble important de rouvrir les imaginaires. Repartons des besoins de santé réels et non pas de la disruption, qui est avant tout une notion économique – au sens des marchés – et qui tend à uniformiser les soutiens académiques, logistiques et financiers aux innovations, quelles qu'elles soient. Une approche plurielle de l'innovation s'oppose à une vision monolithique du progrès, mais n'exclut pas le concept de rupture pour autant. L'Inserm doit évidemment continuer à soutenir les innovations de rupture ! Mais les recherches dans le champ de la santé publique, de la prévention, de l'organisation des pratiques de soins, du repositionnement des médicaments, à titre d'exemples, doivent être mieux valorisées. C'est aussi une manière d'innover en santé, à partir de travaux historiquement présents à l'Inserm. Cet effort de valorisation des innovations dans leur diversité, en s'appuyant sur les besoins de santé considérés et les acteurs impliqués, est également important pour les chercheurs eux-mêmes. Nous fonctionnons à l'imaginaire. Ce tournant très fortement

technologique associé à l'innovation de rupture provoque, chez certains d'entre nous, un sentiment de perte de la culture « artisanale » qui fait le sel de notre métier. Parfois, il risque d'amorcer un désenchantement.

L'Inserm, au travers de ce rapport, se positionne dans une démarche de questionnement autour de ces problématiques. Quelle peut être la portée de ce travail de réflexion ?

C. B. : Le travail du comité d'éthique visait avant tout à aborder des questions qui se posent pour beaucoup d'acteurs, sans chercher de réponse normative sur les solutions. L'innovation en santé soulève de nombreux enjeux et notre rôle est d'interroger l'éthique dans toutes ses dimensions, en considérant les aspects d'égalité, de justice et de respect de l'environnement, par exemple. Notre souhait aujourd'hui est de voir cette réflexion irriguer largement. Nous sommes prêts à accompagner cette démarche au sein de l'Inserm et ailleurs. Notre note peut contribuer à établir un état d'esprit général qui doit ensuite être décliné de façon pratique et concrète, si c'est la volonté des acteurs qui s'en saisissent. Le fait qu'un institut de pointe comme l'Inserm soulève ces questionnements en interne représente en soi une contribution à la réouverture des imaginaires de recherche, un premier pas important.

Le Monde.fr, 16/09/2021

En 2020, les dépenses de santé en France n'ont jamais aussi peu augmenté

La « consommation de soins » a diminué chez les dentistes (– 8,9 %), les médecins (– 5 %), mais aussi pour les transports sanitaires (– 9,4 %) et les auxiliaires médicaux (– 11,9 %).

Les dépenses de santé ont atteint 209,2 milliards d'euros l'an dernier et ont connu « *la plus faible progression jamais observée* » (0,4 %), à cause des effets très contrastés du Covid-19, selon un rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publié mercredi 15 septembre. Du jamais-vu... en tout cas « *depuis 1950, première année disponible des comptes de la santé* », souligne le service statistique des ministères sociaux.

Malgré les milliards déversés pour endiguer l'épidémie, la France a dépensé à peine plus pour se soigner l'an dernier qu'en 2019. Cet apparent paradoxe s'explique par le coup d'arrêt brutal du premier confinement, au printemps 2020.

La « *consommation de soins* » a diminué en conséquence chez les dentistes (– 8,9 %), les médecins (– 5 %), mais aussi pour les transports sanitaires (– 9,4 %) et les auxiliaires médicaux (– 11,9 %). L'activité des infirmières, « *peu affectées par les mesures de restrictions sanitaires* », a en revanche augmenté (+ 7,2 %).

Les coûts imprévus pris en charge par la Sécurité sociale

A l'inverse, la baisse d'une partie de l'activité des hôpitaux n'a pas empêché une « *accélération* » des dépenses dans ce secteur (+ 3,7 %), due aux « *surcoûts* » liés au Covid-19 et avant tout aux primes, aux heures supplémentaires et aux hausses de salaires dans les établissements publics. Les laboratoires d'analyses biologiques ont eux vu leurs dépenses bondir (+ 37,4 %) en raison du dépistage massif par tests PCR mis en œuvre à partir de l'été 2020.

Ces coûts imprévus ont été entièrement pris en charge par la Sécurité sociale, qui a financé 79,8 % des dépenses de santé l'an dernier, soit presque 2 points de plus qu'en 2019. Les complémentaires santé ont, au contraire, vu leurs dépenses diminuer en raison de l'atrophie générale des « *soins de ville* », et leur part a reculé d'un point, à 12,3 %.

Le « *reste à charge* » acquitté par les ménages s'est également réduit, à 6,5 %, soit tout de même 13,6 milliards d'euros. Un reflux que la Drees attribue en partie à la réforme « 100 % Santé », dont les premiers effets se sont fait sentir sur les soins dentaires.

Les revenus des médecins libéraux, victimes du Covid

PAR PAUL BRETAGNE ET CYRILLE DUPUIS - PUBLIÉ LE 17/09/2021



Généralistes (-1,5 %), dermatos (-7,3 %), ophtalmos (-7,9 %), radiologues (-8,1%)... : à de rares exceptions, les revenus 2020 des médecins libéraux sont en baisse significative, selon le bilan fiscal des associations de gestion agréées (AGA) de l'UNASA, que révèle « Le Quotidien ». La chute de l'activité dans les cabinets lors du premier confinement et l'absence de revalorisations expliquent ces revers de fortune. Les allègements de charges et l'indemnisation de la CNAM pour perte d'activité n'amortissent que partiellement la situation financière.

Ce n'est pas une surprise mais le choc est rude. Même si elle est inégale selon les disciplines, la chute d'activité, et donc de recettes, consécutive à la crise du Covid se traduit *in fine* par un exercice 2020 médiocre, voire mauvais, pour les BNC des médecins libéraux.

Établis sur la foi des déclarations d'impôts, les premiers chiffres des revenus attestent que 2020, année zéro de la pandémie, a été financièrement très défavorable à la médecine de ville. En effet, l'analyse par spécialité des déclarations 2035 des adhérents de l'UNASA (Union nationale des associations agréées) illustre à quel point le Covid a plombé l'économie des cabinets, avec une activité en berne pendant des mois et parfois à l'arrêt complet ! Il faudra attendre les statistiques définitives et les résultats consolidés du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (Dipa) – y compris les régularisations intervenues en 2021 – mis en place par l'Assurance-maladie pour apprécier le bilan fiscal complet sur deux ans.

Le bouillon pour (presque) tout le monde

En attendant, alors que les généralistes s'en sortaient correctement en 2019 (avec un bénéfice en hausse de 3,7 %), leurs revenus imposables baissent cette fois de 1,5 % (leurs recettes diminuant même de 3,5 %). C'est pire pour les autres spécialistes où l'on découvre des dégringolades dans presque toutes les disciplines, qu'il s'agisse aussi bien des chiffres d'affaires totaux que du BNC imposable (voir nos deux graphiques), à l'exception notable des biologistes médicaux dont les résultats sont dopés par les tests Covid (+6,3 % l'an passé).

Le plongeon n'épargne donc presque personne mais l'érosion du revenu est particulièrement marquée chez les rhumatologues (-6,2 %), les dermatologues (-7,3 %), les ORL (-7,4 %), les ophtalmologistes (-7,9 %) et les radiologues (-8,1 %). La contre-performance est d'autant plus significative qu'elle fait suite à un exercice 2019 qui s'était déjà soldé dans le rouge pour 14 spécialités.

Coup de frein sur l'activité médicale

Pour 2020, ce revers de fortune est tout entier attribuable à la pandémie qui a grippé l'activité dans les cabinets et les cliniques dans des proportions inimaginables, surtout lors du premier confinement très strict. Rendez-vous

reportés ou annulés, patients qui refusent de consulter, déprogrammations : la première vague épidémique du printemps 2020 s'est traduite par une chute d'activité moyenne de 40 % chez les généralistes et de 60 % chez les autres spécialistes, avec des baisses pouvant dépasser 80 % chez certains praticiens. Fin 2020, près des deux tiers des libéraux de santé estimaient que leur chiffre d'affaires avait été durablement impacté par la crise.

Ce repli s'est traduit mécaniquement dans les dépenses de l'Assurance-maladie. Lors de son bilan annuel à fin décembre, la CNAM confirmait la réduction nette des postes de remboursement en médecine de ville pour 2020 : - 6,1 % sur les soins de médecine générale (-4,1 % en intégrant les avances Dipa pour perte d'activité) ; et -6,7 % pour la médecine spécialisée (-4,2 % y compris avances Dipa). Les compensations distribuées par la Sécu — une aide qui est fiscalisée au demeurant — n'ont donc pas permis de sauver l'année même si, dans nos colonnes, le directeur de la CNAM a mis en avant l'ampleur de ce soutien : 540 millions versés, soit en moyenne 7 000 euros par praticien.

Une année sans revalos

Outre cette activité en berne (que n'a pas contrebalancé l'explosion de la téléconsultation), les praticiens de ville ont subi une panne de revalorisations. Aucune avancée significative de nomenclature n'est venue éclaircir leur horizon en 2020, alors que l'exercice précédent avait vu l'éclosion de quelques nouvelles consultations complexes et majorations ciblées.

Pour les généralistes, des mesures temporaires — en lien avec la crise — ont certes été enregistrées au fil de l'année. Téléconsultations par téléphone (sans vidéotransmission), majoration MIS de 30 euros lors de l'annonce d'un Covid dans le cadre du *contact tracing*, rémunération des tests PCR, consultation de prévention pour les publics vulnérables : mais ces évolutions n'ont pas modifié la tendance budgétaire baissière de 2020.

Quant aux rémunérations forfaitaires, certes en hausse, elles n'ont pas permis non plus de sauver les meubles alors que l'activité était en chute libre. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP 2019), versée au printemps 2020, avait procuré aux 55 000 généralistes et MEP une prime moyenne de 4 820 euros, soit une centaine d'euros de plus que lors de l'exercice précédent. En mai, le forfait structure moyen versé aux généralistes avait atteint 3 661 euros, dopé par l'augmentation du nombre de points.

Des remises de charges qui limitent la casse

Seule éclaircie, les charges ont moins pesé l'an passé sur la plupart des spécialités. Cela tient aussi à la pandémie ! Ainsi, l'Urssaaf a-t-elle accordé des reports de cotisations aux indépendants, dont le secteur médical a bénéficié. Mais pas suffisamment pour rétablir la courbe des revenus. Cela se traduit néanmoins dans les comptes des cabinets médicaux, avec une baisse moins marquée des BNC que des recettes totales, signe que les charges ont diminué.

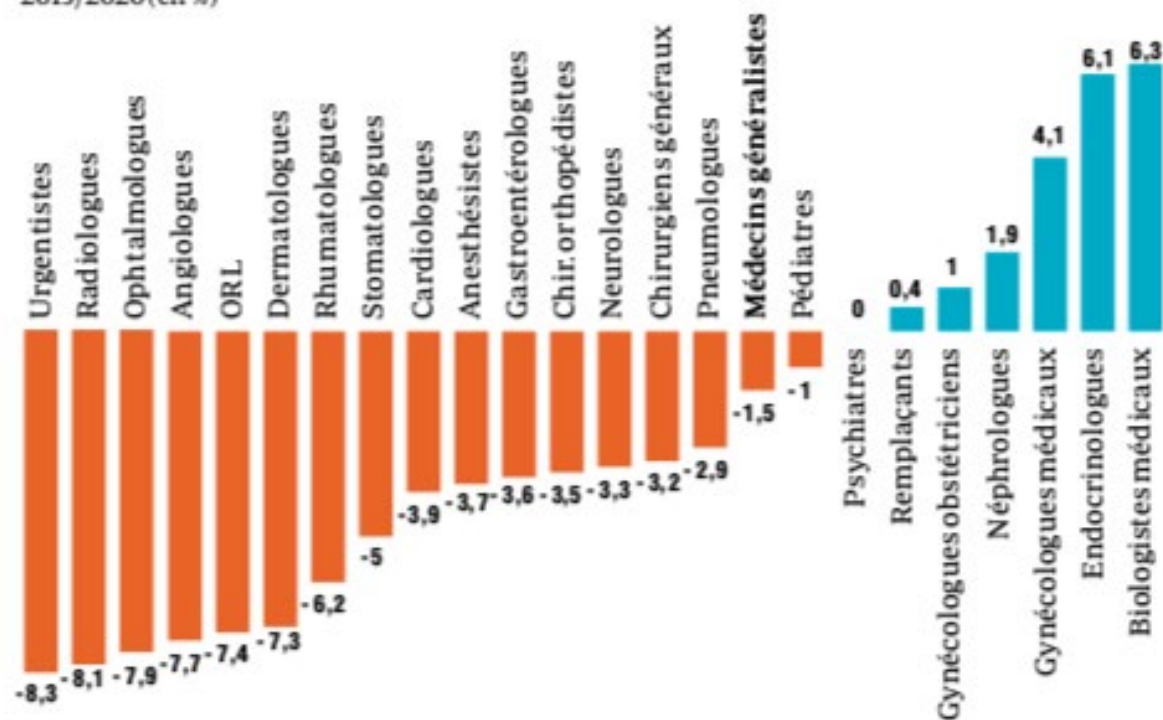
C'est le cas pour les généralistes qui ont converti 59,6 % de leurs recettes en revenus l'an passé, soit nettement mieux qu'un an plus tôt (57,9 %). La même observation peut-être faite partout puisque la quasi-totalité des disciplines affichent des évolutions de recettes très négatives (jusqu'à -11 %). Anesthésistes, radiologues, gastro-entérologues, rhumatologues, ORL ou encore ophtalmos ont ainsi fait une année exécrable sur ce plan, avec des baisses de CA comprises entre 8 et 10 % ; mais le BNC est, proportionnellement, un peu moins affecté.

L'embellie en 2022 ?

Après cette année sans, l'avenir sera-t-il plus souriant ? Voire. L'exercice 2021 devrait être meilleur côté recettes, car le troisième confinement ne semble guère avoir pénalisé les libéraux de santé. Mais la véritable embellie ne se produira sans doute pas avant 2022. En effet, il faudra attendre cette échéance pour ressentir les effets des revalorisations de l'avenant n° 9 signé cet été pour les praticiens concernés (visites gériatriques, avis d'expert, spécialités cliniques). Et côté charges, attention ! Les « largesses » de l'Urssaaf s'analysent plutôt comme un sursis. Le paiement de cet arriéré de cotisations — en même temps que celui des cotisations courantes — pourrait même entraîner pour certains de nouveaux problèmes de trésorerie.

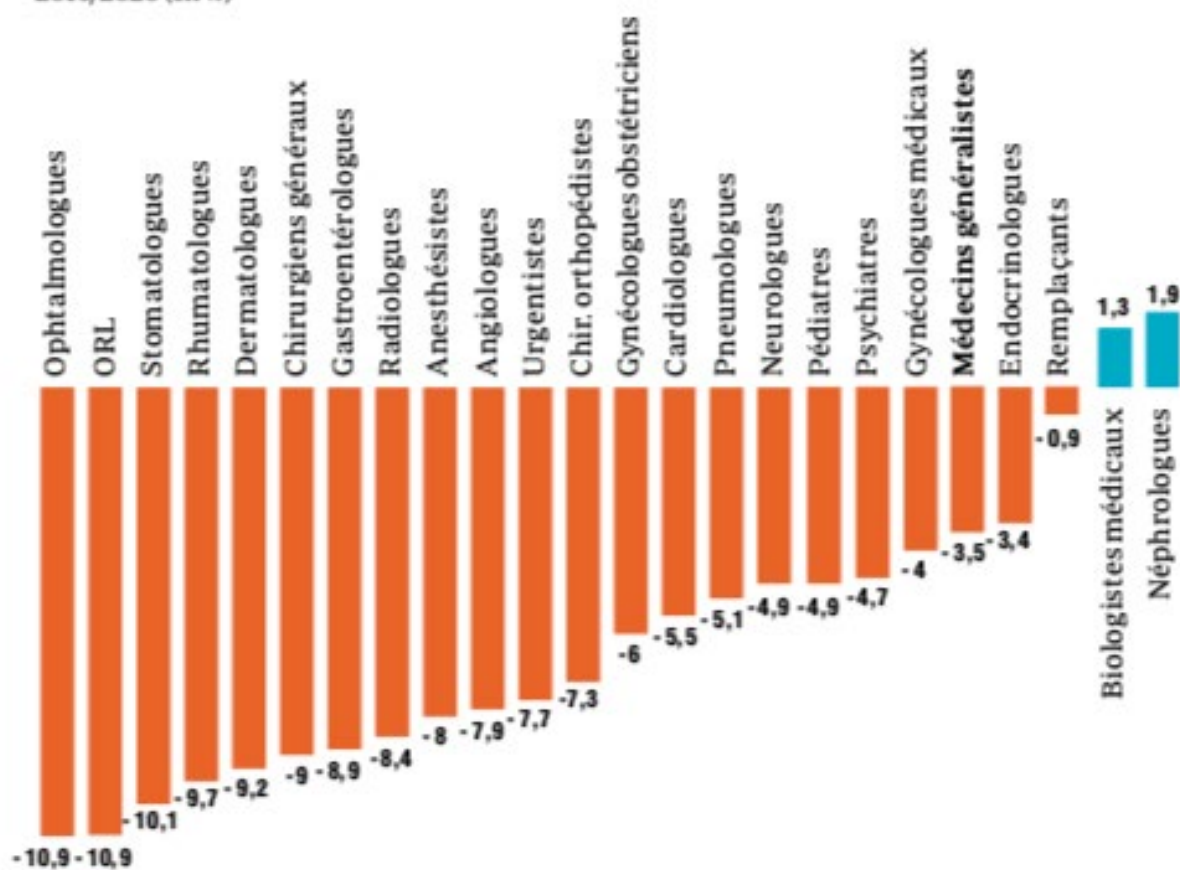
Évolution des revenus avant impôts des médecins libéraux (BNC)

2019/2020 (en %)



Évolution des recettes des médecins libéraux (chiffre d'affaires)

2019/2020 (en %)



28% des Français auront plus de 65 ans en 2050, repenser l'accompagnement s'impose, selon l'Ined



Si la France vieillit moins vite que d'autres pays développés, la dynamique actuelle impose de repenser l'accompagnement du grand âge, met en lumière une vaste étude de l'Institut national d'études démographiques (Ined), publiée ce 16 septembre dans la revue « Population ».

Selon les Nations unies, le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) va doubler d'ici à 2050, passant de 700 millions à 1,5 milliard, soit une proportion augmentant de 9 à 16 %. Dans les 40 pays développés* sur lesquels se sont penchés les chercheurs de l'Ined, cette population est près de 4 fois plus nombreuse en 2020 qu'en 1950, passant de 54 millions à 222 millions de personnes.

Une jeunesse qui contrebalance

La France n'est pas indifférente à cette « croissance grise », qui s'est accélérée depuis 2011. Sur l'année 2015, l'effectif des 65-ans-et-plus s'est accru au rythme de 3 aînés de plus toutes les 5 minutes (8 personnes rejoignent les 65-ans-et-plus, quand 5 disparaissent). Deux facteurs concourent à ce phénomène : la poursuite de l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âges avancés des générations issues du baby-boom.

Mais en raison des effectifs des plus jeunes, plus importants qu'ailleurs, la France ne devrait pas faire partie des pays où le vieillissement sera le plus impressionnant : la part des 65 ans et plus serait en 2050 de 28 % en France, contre 36 % dans les pays du sud de l'Europe, et 38 % au Japon et en Corée du Sud, qui deviendra le pays le plus vieux en 2050, après avoir été l'un des plus jeunes en 1950.

Faire de la prévention de la perte d'autonomie une priorité

Autre évolution marquante, si l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne de troubles fonctionnels courants, les situations complexes avec perte d'autonomie restent contenues. « *Elles représentent environ cinq années de l'espérance de vie totale, quel que soit le pays. Ces années surviennent majoritairement aux grands âges et ce chiffre semble assez stable au cours du temps, des années 1980 au début des années 2000* », lit-on.

Aussi la prévention et l'accompagnement des troubles courants – dont les tendances sont, elles, variables selon les pays – doivent être une priorité aujourd'hui, pour limiter les situations de perte d'autonomie, soulignent les auteurs. Notamment en France, qui a vu ses indicateurs d'espérance de vie avec incapacité de sévérité modérée augmenter dans les années 2000, puis s'étendre aux quinquas et sexagénaires.

Les chercheurs mettent aussi en évidence la nécessité d'une réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, aujourd'hui assuré en grande partie par l'aide informelle (parents, proches). Celle-ci concerne dans tous les pays de l'OCDE, 80 % des personnes dépendantes.

Des parcours affectifs moins linéaires

Alors que la France consacre 1,4 % de son PIB (en 2014) aux politiques publiques d'aide à l'autonomie des âgés, ce qui la situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, près de 10 % des personnes dépendantes cohabitent avec l'un de leurs enfants. Une situation semblable en Allemagne, plus courante en Italie (27 %) et en Espagne (35 %), rare aux Pays-Bas et en Suède (5 %). En revanche, 40 % de personnes âgées dépendantes vivent seules en France (63 % en Suède et 58 % aux Pays-Bas, 37 % en Italie et 32 % en Espagne). La réflexion sur leur accompagnement doit « *tenir compte de l'aspiration des personnes vieillissantes à une prise en charge de meilleure qualité, à domicile comme en établissement, pour elles-mêmes et pour leurs aidants (familiaux et professionnels)* ». Enfin, les auteurs mettent en évidence des modifications profondes des parcours de la vie affective. Si la vie conjugale se poursuit davantage aux âges élevés (les femmes sont notamment moins confrontées au veuvage qu'auparavant), les séparations et remises en couple sont aussi plus fréquentes. Ce qui soulève de nouvelles questions sur les conditions de vie des plus âgés, les soutiens familiaux dont ils disposent et les liens entre les générations.

** Pays de l'Union européenne, Islande, Norvège, Royaume-Uni, Suisse, Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong Kong, Japon, République de Corée, Singapour, Israël.*

What's up Doc, 17/09/2021

L'UE prépare son bouclier pandémique



© Istock

L'Union européenne ne veut plus être prise de court. Elle dévoile ce jeudi 16 septembre un outil pour affronter une prochaine pandémie.

Après la stupeur, les tremblements. Et enfin la riposte. Cela fait plus d'un an et demi que le monde est à genoux, combattant un virus dont la force l'a pris au dépourvu. Dans l'espoir de reprendre le contrôle pour une prochaine épidémie, l'Union européenne lance la structure HERA (« *Health Emergency Response Authority* »).

Dotée d'un budget propre de 6 milliards d'euros, son but est de « *prévenir, détecter et contrer rapidement* » une crise qui surviendrait, en assurant le développement, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des traitements médicaux nécessaires.

L'HERA ne devrait pas être une instance indépendante mais une ressource partagée pour les Etats membres et sera opérationnelle début 2022. Dans le viseur de la structure notamment, un renforcement de la coordination entre les Etats membres, pour résoudre entre autres les problèmes de pénuries et de dépendance.

Il s'agit d'une entité interne à la Commission, qui complètera les missions de l'EMA (agence européenne du médicament) et l'ECDC (centre européen de prévention et de contrôle des maladies). Le Parlement disposera seulement d'un siège d'observateur, dans l'espoir d'accélérer la prise de décision.

2. Pôles de santé, professionnels de santé

Paris Normandie, 16/09/2021

Près de l'HPE au Havre, un nouveau centre de santé consacré à l'appareil musculo-squelettique

À Octeville-sur-Mer, un nouveau pôle de santé a ouvert à quelques pas de l'Hôpital privé de l'Estuaire qui se trouve sur la commune du Havre. Le site sera inauguré vendredi 17 septembre 2021.

Une équipe de six médecins est à l'initiative de la création du centre d'appareil locomoteur de l'Estuaire, situé sur la commune d'Octeville-sur-Mer. De gauche à droite : les Drs Jérémie Bertin, Simon Bertiaux, Guillaume Pierrard, Olivier Courage et Guillaume Lemaitre. Le sixième médecin absent : le Dr Sébastien Le Pape. – PND



Les six médecins sont fiers de présenter leur « bébé ». Le « Cale » pour « Centre de l'appareil locomoteur de l'Estuaire ». Tout beau, tout neuf. Aux couleurs ciel et marine. Des graffs de l'artiste havrais Jace sont même

dessinés sur des murs dans les salles d'attente... Pensé par l'architecte de la région grenobloise Arnaud Hudry, ce bâtiment de 1076 m² abrite un nouveau pôle de santé sur la commune d'Octeville-sur-Mer, situé à quelques dizaines de mètres à peine de l'Hôpital privé de l'estuaire (HPE), implanté sur la commune du Havre. Pas de lien avec l'HPE : les six médecins libéraux ont créé une SCI pour construire ce pôle de consultations destiné aux patients qui ont une pathologie liée à l'appareil locomoteur. Soit l'appareil musculo-squelettique : les os, les muscles, les tendons et les articulations. Des patients qui peuvent aussi être des sportifs, de haut niveau ou non. « *Nous avons investi ensemble, sans l'aide de personne – à part les banques* », précise fièrement le Dr Olivier Courage, chirurgien orthopédiste de 60 ans. Avant de s'installer dans ce nouveau pôle, cinq de ces six médecins effectuaient leurs consultations au sein de la maison médicale dépendant de l'HPE. Ce n'est maintenant plus le cas depuis le 1er septembre 2021. « *Mais nous opérons toujours à l'HPE* », précise le professionnel.

Un manque de place

Pourquoi s'être alors séparé de l'HPE pour les consultations ? Il y a eu fin 2017, début 2018 cet échange avec le directeur de l'HPE, raconte le Dr Courage. Un manque de place, des locaux exigus pour le nombre de médecins présents et le flux de patients. Et davantage de place qui pourrait être faite pour d'autres professionnels de santé de l'HPE, si le lieu était libéré. L'idée trottait aussi dans la tête de ces médecins qu'ils seraient plus à leur aise ailleurs. « *À chaque fois que je passais devant ce terrain qui était en friche, je me demandais à qui il appartenait. On l'orgnait dessus* », raconte le Dr Guillaume Pierrard, 51 ans. Et puis début 2018, l'équipe de six médecins – dont le Dr Sébastien Le Pape, 36 ans – s'est lancée dans les démarches. Ils ont suivi le pas des scintigraphistes qui ont quitté l'HPE pour s'installer dans un local à proximité. Trois des six médecins engagés dans l'aventure du « Cale » se sont particulièrement investis : le Dr Pierrard, le Dr Simon Bertiaux, 39 ans. Et le seul non chirurgien orthopédiste de la bande : le Dr Jérémie Bertin, médecin du sport de 35 ans, qui a exercé au HAC foot pendant quatre ans. Le temps de faire toutes les démarches, on arrive à l'année 2020. « *Malgré la crise sanitaire, il y avait cette volonté d'entreprendre quelque chose et d'apporter une offre. On y a passé de très nombreuses heures* », explique Simon Bertiaux.

« Créer un pôle d'excellence »

Le groupe de médecins avait aussi la volonté de rassembler un certain nombre de professionnels spécialistes de l'appareil locomoteur. Il n'y aura pas que des chirurgiens orthopédistes, mais aussi un médecin du sport, des rhumatologues, des podologues, un kinésithérapeute-osthéoopathe, des orthoprothésistes, des infirmières... Soit une trentaine de professionnels dont dix médecins, des paramédicaux, et six à sept secrétaires. Au total, 19 cabinets – qui peuvent compter plusieurs professionnels – sont ouverts. Trois sont pour le moment vides. La volonté était de « *réunir tous les patients qui ont un problème avec l'appareil locomoteur, qu'il soit chirurgical ou non* ». Mais aussi réunir tous les spécialistes autour de cette problématique : « *Ensemble, notre évaluation sera plus fine. On va monter notre niveau*, est persuadé le Dr Courage. *On veut créer un pôle d'excellence* ».

Leur implantation près de l'HPE n'est pas anodine : « *On ne voulait pas avoir quelque chose de très loin. C'est plus compliqué pour la gestion des patients. On a, à proximité, la radiologie, le laboratoire de biologie médicale...* » si les patients souhaitent aller là, détaille le Dr Guillaume Lemaître, 38 ans. La volonté d'atteindre l'excellence est aussi couplée à l'ouverture. L'équipe souhaite organiser, au sein de leurs locaux, des conférences entre professionnels de santé venant de l'extérieur.

Une salle d'évaluation avec des machines

Au sein du Cale, deux appareils sont à la disposition des professionnels de santé de l'extérieur s'ils le souhaitent. Et en particulier pour les kinés. « *On est déjà en contact avec quatre cabinets de kiné* », explique l'un des médecins. Le kiné louera la salle et pourra en faire profiter ses patients. Le matériel en question ? Un laximètre (appelé GNRB) et une machine isocinétique. Le premier « *permet d'étudier la résistance du ligament croisé* ». Et la seconde « *analyse la force musculaire de toutes les articulations du corps, et en particulier le genou* », vulgarise le Dr Jérémie Bertin. Une salle qui sera notamment utile aux clubs de sport havrais comme le HAC hand, le HAC rugby ou encore Saint-Thomas Basket que l'équipe de médecins a déjà contactée.

Accord pour le stationnement

Après un accord passé entre l'HPE et le Cale, les patients du nouveau pôle de consultation pourront se garer sur le parking P1 de l'HPE. « *Une ouverture a été créée spécialement pour qu'il suffise qu'ils traversent le passage protégé pour accéder au Cale* », indique le Dr Olivier Courage. Le parking qui jouxte le Cale est par contre destiné au personnel.

Mission locale : lancement d'un Point Info-Santé



Juste après la signature de la convention officialisant le Point Info-Santé.

© Photo NR

Quatre jeunes sur dix déclarent un problème de santé, 25 % avec une maladie chronique, trois sur dix présentent des signes de dépressivité, quatre sur dix sont fumeurs quotidiens, 33 % sans mutuelle, et 22 % renoncent à des soins, notamment pour raisons financières. À partir de ce constat plutôt alarmant établi en 2018, la Mission locale Nord-Vienne met en œuvre des formules pour faciliter l'accès à l'emploi des jeunes mais aussi des actions concernant la santé. Être à l'écoute des jeunes, de leurs motivations, leurs envies, leurs projets potentiels est fondamental.

Le fruit d'un partenariat

Pour que chaque jeune puisse décrocher un emploi et qu'il se sente un acteur de son parcours de vie le plus positif possible, la santé est une notion essentielle. Divers partenaires se sont retrouvés autour de l'équipe de la mission locale afin de mettre au point un dispositif d'écoute, d'accès aux droits et aux soins avec aussi l'aspect prévention. Ensemble, ils ont bâti une convention regroupant un large partenariat, dont l'Agence Régionale de santé (ARS), Grand Châtellerauld, le Département de la Vienne, la Région Nouvelle Aquitaine, l'État, la Carsat (caisse de retraite) et la Fondation Auchan. « Cette convention est un aboutissement qui englobe plusieurs aspects : addictions (alcool, drogue, écrans...), équilibre alimentaire, soins dentaires, estime de soi, mais aussi relations filles-garçons, informations sur la sexualité... », soulignent les partenaires.

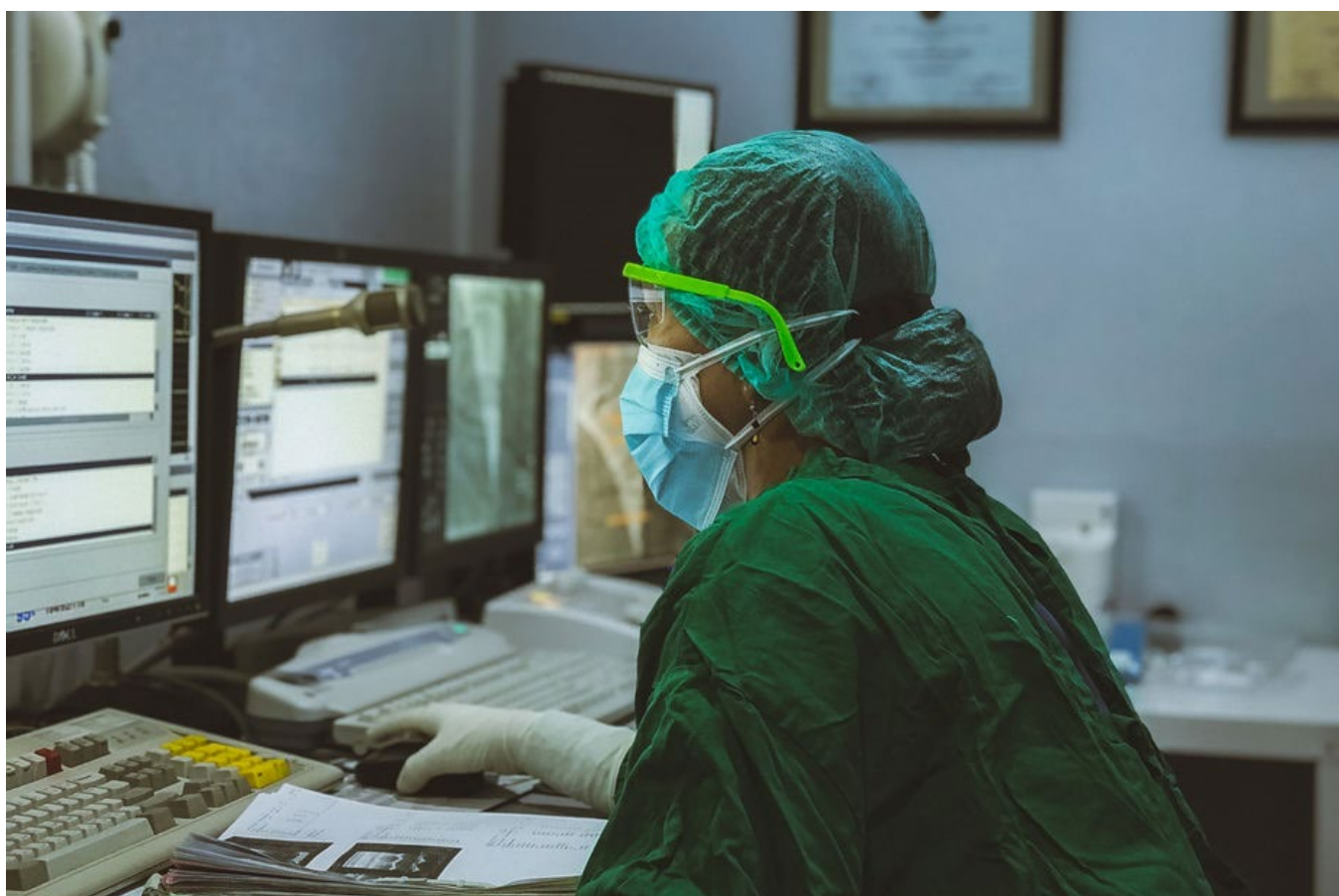
Concrètement, le Point Info-Santé est installé à la mission locale, où chacun peut être certain de pouvoir dialoguer gratuitement, de manière individuelle ou en groupe, avec une personne compétente qui saura l'écouter, la conseiller et proposer des solutions. Plusieurs actions sont programmées, un catalogue numérique sur le thème « Je t'aime ma santé » est en ligne et une permanence psychologue est également prévue chaque mardi.

3. E-santé

L'Usine Digitale, 17/05/2021

Que sait-on du vol de données de santé de 1,4 million de patients de l'AP-HP ?

Les Hôpitaux de Paris ont été victimes d'un vol massif de données personnelles concernant 1,4 million de patients ayant fait un test de dépistage du Covid-19. Sont concernés l'identité, le numéro de sécurité sociale, le résultat du test ainsi que les coordonnées des professionnels de santé chargés de l'examen. L'AP-HP et le ministère de la Santé ont déposé deux plaintes distinctes.



Que sait-on du vol de données de santé de 1,4 million de patients de l'AP-HP ? © Irwan iwe/Unsplash

C'est un incident majeur. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe 39 hôpitaux, a été victime d'un vol massif. Les données personnelles de 1,4 million de personnes sont concernées, presque exclusivement pour de tests de dépistage du Covid-19 réalisés mi-2020 en Ile-de-France.

IDENTITÉ, RÉSULTAT DE TEST...

Les informations dérobées incluent l'identité, le numéro de sécurité sociale et les coordonnées des personnes testées ainsi que l'identité et les coordonnées des professionnels de santé chargés de l'examen, les caractéristiques et le résultat du test réalisé. Aucune autre donnée médicale que celles strictement liées à la réalisation du test n'est concernée, précise l'AP-HP dans son communiqué.

Ce vol de données est la conséquence d'une attaque informatique conduite au cours de l'été 2021 et confirmée le 12 septembre dernier, peut-on lire dans le communiqué publié le 15 septembre. L'attaque a ciblé un service sécurisé

de partage de fichiers hébergé et utilisé par l'AP-HP, qui lui permet d'assurer le stockage et le partage sécurisé de fichiers, en interne et en externe. C'est une "*récente faille de sécurité*" dans cet outil qui a permis aux hackers de voler des données.

En pratique, ce service permet de transmettre les données issues des laboratoires de biologie médicale à l'Assurance maladie et aux Agences régionales de santé à des fins de contact tracing. Il a été utilisé de manière "*très ponctuelle*" en septembre 2020, détaille l'AP-HP. En revanche, le système d'information national de dépistage (SI-DEP) n'est pas lui-même concerné par cet incident. Cette plateforme compile tous les résultats des laboratoires de tests Covid-19. Elle permet d'assurer que tous les cas positifs sont bien pris en charge.

L'AP-HP indique que les accès ont été immédiatement coupés en attendant la fin des investigations. En outre, l'enquête en cours ne montre pas à ce jour d'autres fuites de données ou intrusions dans le système d'information du groupe francilien. L'enquête se poursuit pour déterminer l'origine exacte et le mode opératoire de cette cyberattaque.

DEUX PLAINTES DÉPOSÉES

Comme le Règlement général sur la protection des données (RGPD) l'exige, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a été prévenue. Un signalement a été fait à l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (Anssi) et une plainte a été déposée auprès du Procureur de la République de Paris. Le ministère des Solidarités et la Santé a également porté plainte. Les victimes de ce vol seront par ailleurs contactées individuellement dans les prochains jours, note l'AP-HP.

Cette annonce intervient quelques jours après la découverte d'une base de données contenant 700 000 résultats de tests Covid accompagnés des données personnelles des patients. Ces informations très sensibles auraient été librement accessibles durant plusieurs mois en raison d'une faille de sécurité sur la plateforme Francetest, rapportait une enquête menée par *Mediapart*.

ALICE VITARD

20mn.fr, 17/09/2021

« Avec la crise du Covid-19, les données de santé ont fait irruption dans nos vies », avance Coralie Lemke

INTERVIEW La journaliste Coralie Lemke publie l'essai *Ma Santé, mes données*, qui plonge dans les méandres des données de santé. Quelle est leur définition ? Leur protection (ou non protection) ? Et pourquoi séduisent-elles tant les Gafam ?



Illustration d'un ordinateur. — Pixabay

- Coralie Lemke, journaliste pour *Sciences et Avenir*, publie ce jeudi *Ma santé, mes données*.

- Un essai qui invite à mieux connaître les données de santé et leur sécurité.
- Attaques de cybercriminels contre des hôpitaux, inquiétudes liées à la surveillance via le pass sanitaire... Cet ouvrage montre l'étendue de cette problématique.

Sans doute n'avez-vous pas envie que le monde entier sache que vous avez fait un test du VIH ou de grossesse, que vous envisagez une opération des seins, ou que vous souffrez d'une maladie rare... Et pourtant, nous semons des traces sur Internet sans même nous en rendre compte. Qui peut y avoir accès ? Quels risques prenons-nous à partager avec notre portable (ou nos amis) nos performances en running, notre poids, nos pas ? Mercredi soir, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a porté plainte, après avoir constaté le vol des données nominatives d'1,4 million de patients. Une nouvelle illustration du danger des cyberattaques visant nos données de santé.

Avec le Covid-19 et le pass sanitaire, de nombreux Français se sont inquiétés de voir le secret médical piétiné. Ce que ne contredit pas Coralie Lemke. Mais la journaliste de *Sciences et Avenir*, ancienne de *20 Minutes*, montre que le risque est bien plus global. Elle publie ce jeudi *Ma Santé, Mes données **, qui montre comment nous semons nos informations les plus précieuses et pourquoi elles sont si convoitées.



Qu'est-ce qui vous a poussé à vous intéresser aux données de santé ?

Je me suis rendu compte que les données de santé, grâce à l'intelligence artificielle, c'est le carburant d'énormément de nouvelles recherches médicales. Quand on tire le fil, on voit qu'elles sont convoitées par des acteurs plus ou moins proches de la recherche... par exemple les Gafam ou les cybercriminels. D'ailleurs, les attaques de cybercriminalité ont augmenté de 475 % entre février et mars 2020 contre les structures de santé !

C'est quoi, une donnée de santé ?

C'est défini par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) comme une information qui renseigne sur l'état de santé passé, présent ou futur d'une personne. Cela recouvre des résultats d'analyses, une date d'entrée ou de sortie de l'hôpital, toutes les traces d'une carte Vitale... Plus complexes, certaines données ne rentrent pas dans les données de santé : les datas mesurées par les montres connectées, les pèse-personnes... sauf si elles sont croisées avec des données de santé. Par exemple, ma montre Fitbit montre que je fais 2.000 pas par jour, et une autre application donne mon taux de glycémie dans le sang ; ça renseigne sur un éventuel diabète. Vous écrivez que le secret médical, c'est de l'histoire ancienne. Pourquoi ?

On a l'impression que la santé est l'un des derniers domaines où il reste une intimité. Mais le triangle longtemps en vigueur qui liait patient, médecin et Assurance maladie (via le remboursement des frais) n'existe plus. Les données sont agrégées dans des bases de données. Chaque passage en pharmacie ou à l'hôpital fait l'objet d'un suivi. S'ajoute tout ce qu'on sème à notre insu sur Facebook, notamment.

Et pourquoi est-ce embêtant ?

Il existe plusieurs types de menaces. Les premières, de type économique. Par exemple, un laboratoire se sert de mes données pour faire avancer un traitement contre la maladie de Parkinson. L'ennui, c'est que le jour où j'aurai

besoin de ce traitement, je n'obtiendrai pas de ristourne. Le citoyen se fait léser. Le deuxième risque concerne la confidentialité. Si Facebook sait que je suis dépressif, il peut me proposer des produits ciblés. Le pire, ce sont les deux combinées : un cybercriminel demande de l'argent pour récupérer tes données de santé et menace de les divulguer.

Pourquoi les Gafam se positionnent-elles de plus en plus dans le domaine de la santé ?

Il est extrêmement lucratif et elles le savent. Sauf qu'elles n'ont aucune expérience dans le domaine médical. Leur expertise, c'est l'algorithme. Il peut y avoir des partenariats très intéressants. Google s'est ainsi associé avec l'Imperial College de Londres et l'université américaine de Stanford pour mettre au point une IA qui surpasse les médecins dans le dépistage du cancer du sein. D'un autre côté, on voit que Facebook espère détecter des dépressions juste en analysant des posts ; d'un point de vue scientifique, ça n'a pas de sens. En Australie, Facebook assurait aux annonceurs pouvoir identifier des failles psy chez les ados... pour leur proposer un produit adéquat au bon moment.

Vous vous penchez sur les tests génétiques... Derrière le côté ludique se cache une quête moins avouable.

Pour certaines des sociétés qui proposent ces tests, la partie "retrouver ses origines" n'est qu'un pan de leurs activités. Par exemple, 23andMe, une des plus grosses boîtes dans le secteur, a revendu 5 millions de profils génétiques à GSK pour qu'elle puisse faire de la recherche sur Parkinson. Elle l'avait déjà fait avec Pfizer. Or, on ne sait pas que ces données sont ensuite partagées. Certes, il y a un alinéa à cocher et la boîte avance que 80 % des gens ne s'y sont pas opposés. Mais c'est toujours pareil : est-ce qu'il y a consentement quand on n'a pas lu la ligne en minuscule ? Par ailleurs, les gens ne savent pas que ces tests sont interdits en France et punis par une amende !

Vous vous êtes intéressé également à Doctolib, 45 millions d'utilisateurs en France et maintenant interlocuteur indispensable avec la vaccination contre le Covid-19...

Des articles dévoilaient de gros problèmes de sécurité : des bases de données stockées sur des clefs USB, sans mot de passe, des failles de sécurité qui pouvaient prendre deux ou trois semaines à régler. Ce n'est pas Doctolib qui héberge nos données de santé, mais Amazon avec son service Amazon Web Services. Qui sait, donc, quand on fait une recherche « centre de dépistage VIH ». Ce n'est pas une donnée de santé en soi, mais cela informe quand même... La protection des données sur Doctolib a beaucoup changé, tout est chiffré maintenant. On apprend également un épisode méconnu : la France a confié à Microsoft ses données de santé... pour ensuite faire machine arrière. Pourquoi ?

Les Gafam ont une super expertise technique, avec un cloud qu'ils peuvent développer rapidement. C'était donc un interlocuteur légitime pour la France... sauf que c'est une société américaine. En 2018, le Cloud Act a changé la donne : n'importe quel magistrat américain peut récupérer les données d'une entreprise américaine. C'est donc en contradiction avec le RGPD, qui interdit le transfert de données à l'étranger sans l'accord de la personne concernée. On était donc dans un genre de no man's land législatif. La France a complètement rétrogradé. En 2020, Olivier Véran a publié un arrêté pour qu'aucune donnée de santé ne puisse être publiée en dehors de l'UE. Et s'est engagé à ce que d'ici à fin 2022, on trouve une autre solution que Microsoft.

En janvier 2022, chaque Français pourra avoir son Espace santé (qui remplace le Dossier médical partagé). Est-ce une bonne chose ?

Quand une solution est française, on est mieux protégé. Le problème est plus technique. Le DMP, c'est un vieux serpent de mer et il y a un problème d'adhésion des Français. Beaucoup de gens ouvrent un compte, mais combien s'en servent ? Un compte Doctolib est tellement plus simple : on retrouve son historique, ses examens...

Depuis le Covid-19, certains Français s'inquiètent d'être fichés. Pourtant, vous écrivez que c'est une « occasion manquée » d'informer les citoyens sur la protection de leurs données de santé...

Avec la crise du Covid-19, les données de santé ont fait irruption dans nos vies. Le pass sanitaire cristallise beaucoup de colère, mais il n'y a qu'une information : avez-vous fait un vaccin ou une PCR négative ? C'est l'arbre qui cache la forêt. La question est beaucoup plus vaste que le pass sanitaire. Il y a une certaine contradiction : certains s'insurgent contre la surveillance avec le pass sanitaire mais achètent une enceinte connectée.

Entre les fuites de données et les Gafam qui promettent une sécurité pour mieux la contourner, on sent une vraie défiance. Or, on aurait tort d'oublier de ces datas sont essentielles pour faire avancer la science...

C'est très paradoxal. Les données de santé, c'est la sphère du privé, mais c'est constitutif d'un bien commun. Agrégées, passées au peigne fin des algorithmes, elles peuvent faire avancer la société. Avec le Health Data Hub, on cherche à trouver des solutions contre les sarcomes, des tumeurs malignes. C'est super, mais le citoyen n'est pas au centre de cette démarche. Il n'y a même pas de débat en France. En Grande Bretagne, par exemple, ils ont lancé une consultation avant de créer un équivalent du Health Data Hub.

Partager ses données de santé semble beaucoup plus avantageux pour quelqu'un qui a un cancer rare que pour une personne en bonne santé...

C'est ce qu'on voit avec le succès de plateformes comme PatientsLikeMe ou en France Carenity, un réseau social qui compte 500.000 utilisateurs. Ces patients qui souffrent de maladie rare ou chroniques se regroupent pour échanger sur leurs maladies et acceptent de partager leurs données à des laboratoires qui pourraient trouver un traitement innovant.

4. Sagéo et ses partenaires

Sageo, 13/09/2021

Le Maire de Montigny-lès-Cormeilles visite le pôle de santé Sagéo



Jean-Noël Carpentier, le Maire de Montigny-lès-Cormeilles a visité lundi 13 septembre le Pôle de Santé Sagéo. L'infirmière du pôle, Emmanuelle Taffu, a réalisé une démonstration des outils e-santé de prévention et de téléconsultation.