



## SAGÉO : UN NOUVEAU PROJET DE PÔLE DE SANTÉ DE 550 M<sup>2</sup> SIGNÉ À ANNECY SEYNOD (74)

Le Pôle sera connexe à un Centre Hospitalier de Services de Soins de Suite et Rééducation - SSR.

Le Pôle comptera des Médecins Généralistes, Sage-femme, Centre de prévention et d'urgence, dentaire et prévention.

Ouverture prévisionnelle premier trimestre 2023.



BECOME  
STÉPHANIE BEILLEAU



[WWW.SAGEO-SANTE.ORG](http://WWW.SAGEO-SANTE.ORG)

# SOMMAIRE

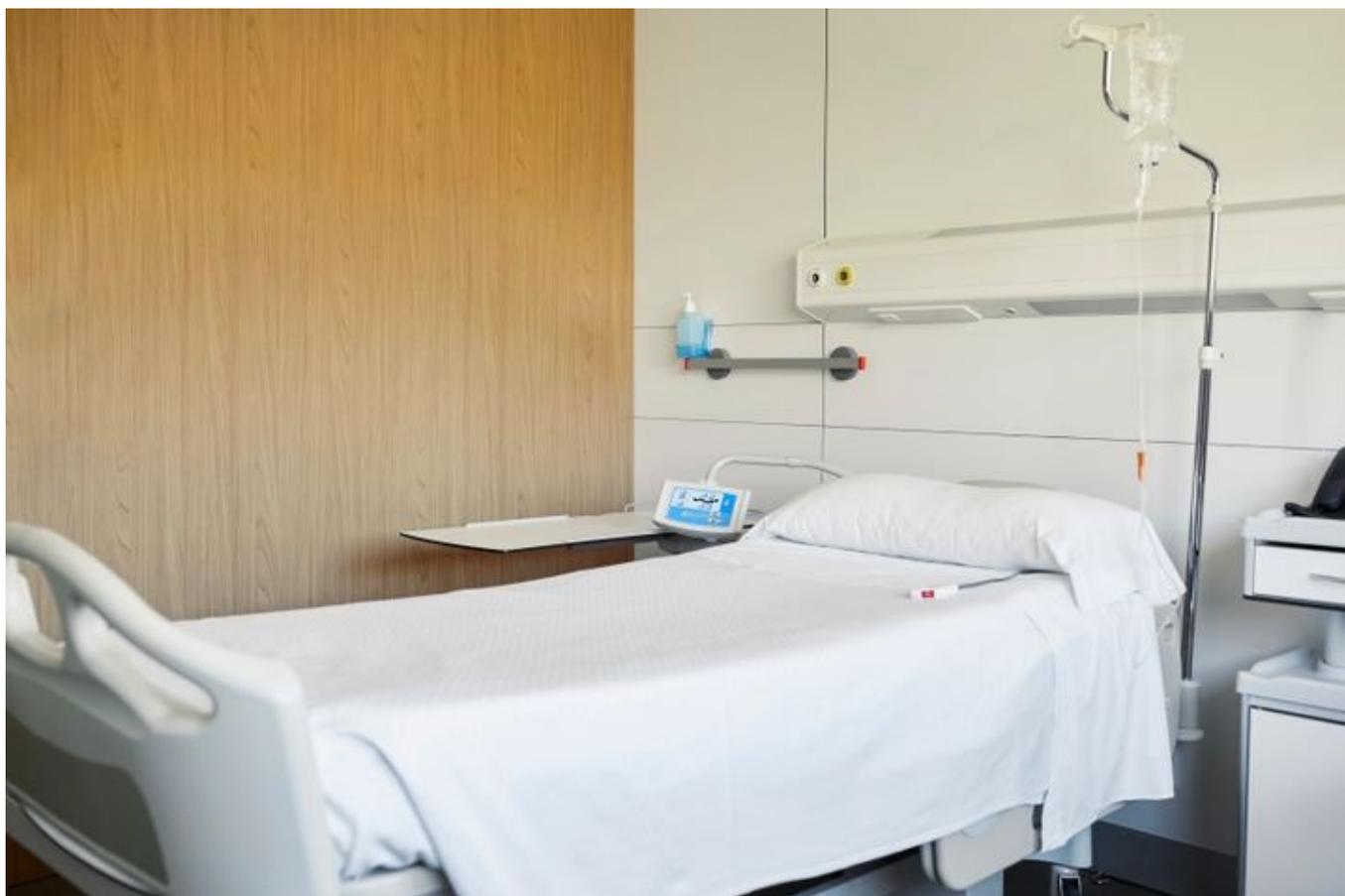
<b>1. Secteur de la santé</b> .....	3
Fermeture des services d'urgences: "la situation est catastrophique" .....	3
«5 à 10%» des lits d'hôpitaux seraient fermés, selon la FHF .....	5
Thomas Fatôme : « Je souhaite que l'Assurance-maladie puisse soutenir l'attractivité de la médecine libérale ».....	7
Accès direct aux paramédicaux et « perte de chance » : exaspérés, les syndicats et l'Ordre alertent la commission des affaires sociales du Sénat	8
Virus SARS-CoV-2 : la transmission aérienne est confirmée, comment s'en protéger simplement .....	9
<b>2. Pôles de santé, professionnels de santé</b> .....	12
"Le lien patient-généraliste se distend" : la lente mort du "médecin de famille" .....	12
Tiers payant en établissement de santé : le déploiement du dispositif ROC "accélère" (DGOS).....	15
Après l'affaire Proxidentaire, veut-on la peau des centres de santé dentaire? .....	16
<b>3. E-santé</b> .....	19
Faut-il avoir peur de Doctolib, le nouveau géant de l'e-santé ? .....	19
Covid-19 : plusieurs mesures dérogatoires pour la télémédecine en ville prolongées jusqu'au 31 décembre.....	22
<b>4. Sagéo et ses partenaires</b> .....	24
Sagéo : un nouveau pôle de santé de 550m <sup>2</sup> signé à Annecy Seynod (74).....	24
Stimulation ovarienne : comment cela se déroule et quels sont les effets secondaires ?.....	25

# 1. Secteur de la santé

Huffington post, 04/11/2021

## Fermeture des services d'urgences: "la situation est catastrophique"

Ces dernières semaines la presse régionale ne cesse de relayer des annonces de fermetures de services d'urgences dans toute la France. Le Collectif Inter Urgence s'inquiète.



MORSA IMAGES VIA GETTY IMAGES

Des services d'urgences ferment partout en France, "la situation est catastrophique" (Photo d'illustration: un lit d'hôpital vide par Morsa Images via Getty Images)

SANTÉ - Il n'est plus l'heure de tirer la sonnette d'alarme, la situation est déjà critique : les services d'urgences des hôpitaux publics ferment en cascade dans toute la France. Que ce soit pour quelques heures chaque jour ou pendant plusieurs semaines, ces services doivent fermer leurs portes faute de personnels soignants. Depuis plusieurs semaines, la presse régionale ne cesse de relayer des annonces de fermetures de services d'urgences dans toute la France :

"Le service des urgences de l'hôpital de Givors ferme temporairement la nuit jusqu'au 30 novembre prochain"

"Les urgences de l'hôpital de Laval ferment quatre nuits cette première semaine de novembre"

"Le service de soins non programmés de la polyclinique Maynard de Bastia sera fermé du lundi 1er au mardi 9 novembre 2021"

“Jusqu’au 31 décembre, les urgences de l’Hôpital du Gier seront ouvertes uniquement de 9h à 19h”  
ou encore: “Le Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL) ferme ses urgences le 8 novembre, de 20h30 à 8h30”.

À ce jour, 20% des lits sont fermés dans le public et la situation est tout aussi préoccupante pour les urgences pédiatriques. Une situation qui oblige certains patients à être transférés vers d’autres hôpitaux, quitte à mettre leur vie en danger.

“La situation est au-delà de catastrophique”, déplore auprès du *HuffPost* Fabien Paris, infirmier et membre du Collectif Inter Urgences - qui se décrit comme “la première association professionnelle d’ampleur pour l’exercice paramédical aux urgences”.

“Et ça ne va pas aller en s’arrangeant, ce phénomène de fermeture des urgences va continuer et s’amplifier”, prévient-il. L’inquiétude règne, pour aujourd’hui et surtout pour demain, quand accueillir des patients en urgence ne sera plus possible.

Fermetures en cascades et “services dégradés”

Car cette épidémie de fermetures est un symptôme carabiné de la crise que subit l’hôpital public “depuis bien avant le Covid”, souligne Fabien Paris. Il dénonce une “situation extrêmement dégradée”, conséquence directe de “trente ans de politique et réformes destructrices de l’hôpital public”. “Il y a 15 ans, la France était le pays avec le meilleur système de santé. Aujourd’hui nous ne sommes même pas dans les dix premières places de ce classement”, annonce-t-il.

**«Olivier Véran n’arrête pas de nous dire ‘tenez bon’, mais pourquoi on tiendrait bon?»**

**- FABIEN PARIS, INFIRMIER MEMBRE DU COLLECTIF INTER URGENCES**

L’infirmier évoque plusieurs raisons à cet effondrement: l’épuisement des soignants et les économies que doit faire l’hôpital public qui “vit à crédit”. Sur ce dernier point, Fabien Paris dénonce une tarification inadaptée des soins. “Les actes et les soins ont un coût, mais plus on fait d’actes, plus le prix baisse. Ça ne valorise pas le coût de certaines techniques. Il faudrait un réel financement pour aider l’hôpital public à éponger ses dettes”, appelle-t-il. Ce qui permettrait de mettre plus de moyens dans le recrutement de personnels soignants.

Mais ce membre du Collectif Inter Urgences ne se fait plus d’illusion, il semble même avoir perdu espoir. “Olivier Véran n’arrête pas de nous dire ‘tenez bon’, mais pourquoi on tiendrait bon? À quoi ça sert puisque rien ne va s’arranger?”, s’interroge-t-il, de guerre lasse. Même s’il assure croire profondément en sa mission, l’infirmier n’arrive plus à voir le bout du tunnel face à cette “situation inextricable”, soulignant que même si un effort a été fait sur le revenu de certaines professions, “un salaire ne fait pas les conditions de travail”.

**Un “retour brutal à l’anormal”**

Et cet état d’esprit est assez largement partagé semble-t-il, en témoignent les départs de soignants par vagues, notamment depuis la pandémie de Covid. Dans la quasi-totalité des annonces de fermetures des urgences, la raison invoquée est le manque de personnel pour faire tourner les services.

“Les soignants sont épuisés, physiquement, psychologiquement. Quand on voit que rien est fait pour améliorer nos conditions de travail, c’est désespérant”, dénonce Fred, infirmier aux urgences du CHU de Rennes et membre du Collectif Inter Urgences, interrogé par *Le HuffPost*.

Selon nos deux interlocuteurs, la seconde vague de Covid est la goutte qui a fait déborder le vase. Certes, les tensions dans les services face à l’afflux de patients ont joué sur la fatigue des soignants, mais ce sont leurs conditions de travail, aujourd’hui dégradées par rapport à la première vague de mars 2020, qui ont fini de les dégoûter.

*“Lors de la première vague de Covid, paradoxalement, les soignants ont pu voir leurs conditions de travail s’améliorer. La situation sanitaire était telle, inédite, que lorsque le personnel disait avoir besoin de tel matériel ou de tel effectif, généralement il l’avait. C’était le soin qui dictait le terrain. Mais lors de la deuxième vague, on est revenu au fonctionnement d’avant Covid. Après une telle période, ce retour brutal à l’anormal a été très violent pour les soignants et cela a poussé au départ nombre d’entre eux”, nous explique Fabien Paris.*

Fred confie pour sa part venir angoissé au travail, de peur de voir “la tête” de ses équipiers, “fatigués”, “à bout”, et de comprendre “qu’ils ne tiennent pas le coup”. “Avant je pouvais dire que je voulais finir ma carrière à l’hôpital public, aujourd’hui ce n’est plus pensable”, regrette-t-il.

### “Les patients sont en danger”

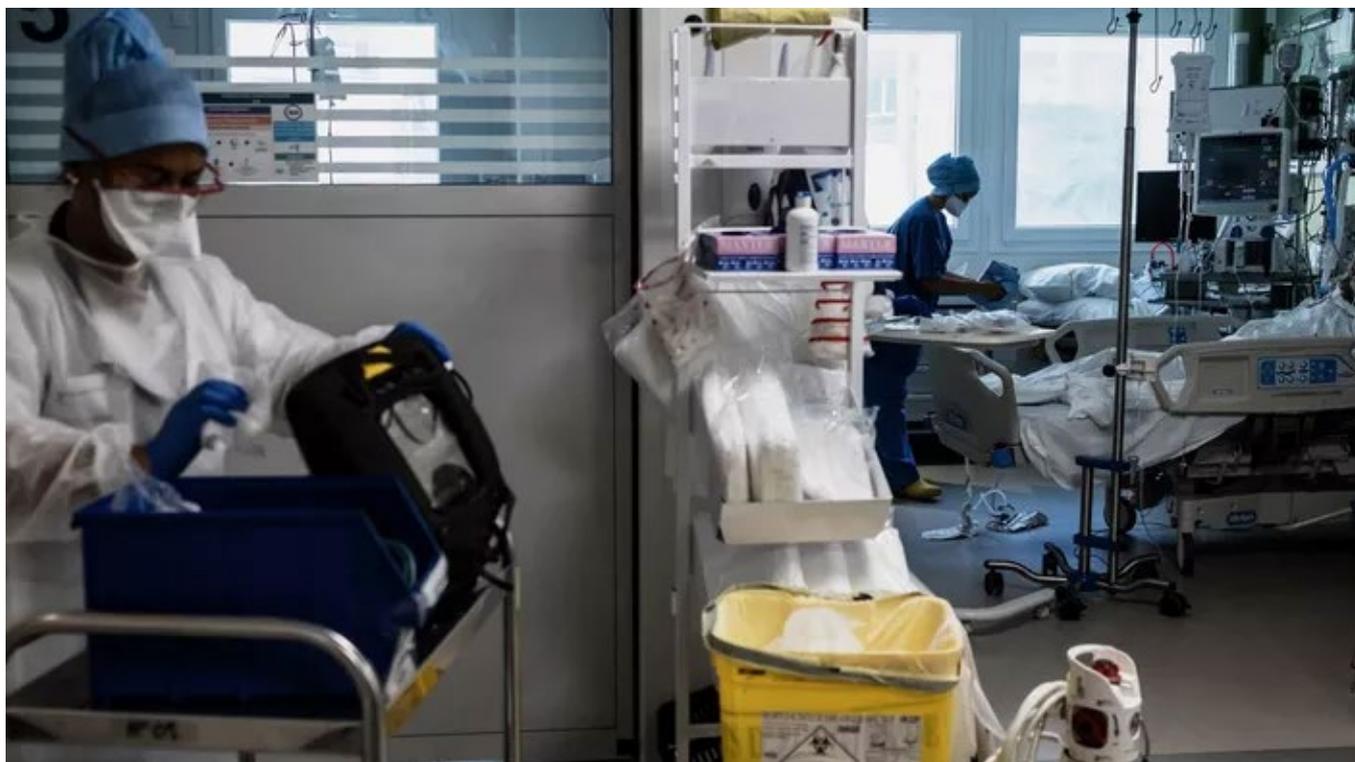
Et pour la suite, comment le Collectif Inter Urgence voit la situation évoluer? Pas de façon très optimiste. “Aujourd’hui on se rend compte qu’on est dans le mur, même un an après le Ségur rien n’est en passe de s’arranger. Alors pour l’avenir, on s’inquiète beaucoup, confie Fabien Paris. Il prédit ainsi une “désertion de l’hôpital”, puis un “maillage national insuffisant”, la fermeture des urgences et des Smur, pour arriver à une inévitable perte de chance de l’accès au soin de la population. “D’ici cinq ou dix ans, l’espérance de vie en France va baisser. Et bientôt, lorsqu’on prendra un logement, l’un des critères principaux sera la présence d’un hôpital à proximité”, dit-il.

Pour Fred, “la baisse de l’espérance de vie on l’a déjà! On a une mauvaise prise en charge dans les hôpitaux car ce n’est pas possible de gérer tous les patients avec les moyens qu’on a”, dénonce-t-il.

Alors certes, les hôpitaux de périphérie sont les plus touchés, “mais le fait de fermer ces services ne va faire qu’engorger les hôpitaux des grandes villes, avec les dangers que comportent les transferts de patients. Attendre 30 minutes de plus pour prendre en charge quelqu’un, c’est prendre le risque de voir son état se dégrader rapidement et d’arriver trop tard”, alerte Fred qui martèle : “les patients sont en danger”.

**Le Figaro, 04/11/2021**

## «5 à 10%» des lits d'hôpitaux seraient fermés, selon la FHF



Pour Frédéric Valletoux, président de la FHF, l’hôpital est un «système très très lourd qui mérite d’être remis à plat». *JEFF PACHOUD / AFP*

La Fédération hospitalière de France tempère ainsi les chiffres annoncés par Jean-François Delfraissy, qui estimait ce chiffre à 20%.

Combien de lits d’hôpitaux ont dû être fermés faute de personnel ? Depuis la révélation des estimations de Jean-François Delfraissy, un débat sur les chiffres s’est ouvert. Car selon le président du Conseil scientifique, ce sont 20% des lits qui seraient fermés faute d’infirmiers. Un chiffre contestable, selon le gouvernement, qui a annoncé l’ouverture d’une enquête. La Fédération Hospitalière de France (FHF) s’est elle aussi penchée sur ce dossier et

devrait rendre ses conclusions «*dans quelques jours*», selon son président, Frédéric Valletoux. Interrogé sur Public Sénat, celui-ci estime qu'il s'agit «*d'un phénomène réel*» mais qu'il quantifie de manière plus prudente. Selon lui, les fermetures concerneraient «*5 à 10% des lits*» au total, «*un chiffre malgré tout bien plus important qu'avant la crise*».

Une situation préoccupante, alors que le nombre de personnes hospitalisées suite à une infection au coronavirus augmente à nouveau. Selon les données de Santé Publique France, ce sont ainsi 6764 malades du Covid-19 qui étaient hospitalisés ce mercredi, soit 84 de plus que la veille. 1096 d'entre eux sont pris en charge par des services de réanimation (5 de plus que la veille).

En cas de nouvelle vague épidémique, «*l'hôpital tiendra*», rassure Frédéric Valletoux. «*Mais chaque vague est plus difficile que la précédente. Les personnes qui s'intéressent au sujet tirent depuis longtemps la sonnette d'alarme. Il n'y a aucune raison que les choses aillent mieux.*»

Un constat partagé par le ministère de la Santé. «*Il n'y a pas de tension globale et généralisée, encore moins dans ces ordres de grandeur*», a ainsi résumé le cabinet d'Olivier Véran à propos du chiffre de 20% avancé par Jean-François Delfraissy.

Néanmoins «*la situation est préoccupante*» et «*va durer dans les prochaines semaines*», en particulier dans «*certaines endroits où c'est beaucoup plus tendu qu'ailleurs*». Une formule qui désigne aussi bien des territoires comme la région parisienne, que des filières comme les urgences qui sont un «*point de vigilance*» à l'approche de l'hiver.

#### **«Remettre de l'essence dans le moteur»**

L'hôpital français doit composer avec un grand nombre d'emplois vacants, notamment parmi les infirmiers, les infirmiers en bloc opératoire, les infirmiers anesthésistes, manipulateurs de radiologie et les masseurs-kinésithérapeutes. Face à ces difficultés, le président de la FHF préconise de «*remettre à plat le système très très lourd de l'hôpital*», notamment en luttant contre la bureaucratie, les actes médicaux «*de confort*» et en améliorant «*la régulation des dépenses de santé*». «*Cela doit permettre de mieux financer l'hôpital et de remettre de l'essence dans le moteur*», estime Frédéric Valletoux.

Le président de la FHF estime en revanche que «*figer le nombre de lits*» dans le temps n'aurait «*pas de sens*», en raison de l'essor du nombre d'hospitalisation en ambulatoire - le patient est hospitalisé le matin, et repart le soir même - qui diminue le nombre de lits nécessaires.

#### **«Faire du cousu-main»**

De son côté, le cabinet d'Olivier Véran évoque plusieurs pistes «*pour passer cette période difficile*» comme l'organisation des gardes en lien avec les médecins libéraux qui a fait l'objet d'une «*insistance collective*». Un projet de «*structures de soins non programmés*» en Vendée pour «*délester*» les sept hôpitaux concernés pourrait ainsi bénéficier d'un soutien financier. «*Tout ce qu'on pourra mettre sur la table pour accompagner les établissements, on le fera*», affirme l'entourage du ministre, expliquant devoir «*faire du cousu-main*» car «*il n'y a pas de solution magique*».

Ce qui n'exclut pas quelques mesures générales: les directeurs d'hôpitaux ont ainsi reçu l'assurance qu'«*aucun carcan financier*» ne les empêcherait de recruter les personnels manquants. En revanche, pour les soignants partis exercer dans les centres de vaccination, les tarifs des vacances vont «*baisser sensiblement*» à partir de lundi, afin de les inciter à pourvoir les postes vacants dans les établissements.

## Thomas Fatôme : « Je souhaite que l'Assurance-maladie puisse soutenir l'attractivité de la médecine libérale »



Crédit photo : Phanie

Service d'accès aux soins (SAS), télémédecine, visites à domicile... Pendant plus d'une heure, Thomas Fatôme a répondu à vos questions sur les mesures de l'avenant 9 à la convention médicale, lors d'un Live chat organisé le 3 novembre. Le directeur général de la CNAM a précisé le calendrier d'application du dispositif et tenté de lever les inquiétudes sur plusieurs points. Non, les médecins participant au SAS n'auront pas à « *ouvrir leur agenda systématiquement au public et de façon exhaustive* ». Les praticiens resteront maîtres de leur implication.

Sur la télémédecine, le DG justifie son plafonnement à 20 % de l'exercice, afin de « *maintenir une place très majoritaire à l'activité de consultation en présence du patient* ». Il confirme par ailleurs que des discussions ont démarré sur la question des téléconsultations par téléphone.

Très attendue, la revalorisation de l'acte de la visite à domicile n'a pas été entérinée par l'avenant 9. Mais le sujet pourrait revenir sur la table à l'occasion des prochaines négociations conventionnelles, sous-entend Thomas Fatôme. Sur les revalorisations comme sur la simplification administrative, le DG de la CNAM l'assure : il a la volonté de « *soutenir l'attractivité de la médecine libérale* », un mode d'exercice auquel l'Assurance-maladie est, dit-il, très attachée.

## Accès direct aux paramédicaux et « perte de chance » : exaspérés, les syndicats et l'Ordre alertent la commission des affaires sociales du Sénat



Crédit photo : Phanie

La pilule du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) ne passe décidément pas pour les représentants des médecins libéraux. Les syndicats représentatifs\* et l'Ordre des médecins ont écrit ce mercredi une lettre – que « Le Quotidien » a pu consulter – à la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat, Catherine Deroche, pour exprimer leur colère face aux mesures contenues dans le prochain budget de la Sécu. Ce dernier, examiné à partir de demain au Sénat, contient une série de délégations de tâches et d'accès direct à certaines professions paramédicales, dont les orthoptistes, les orthophonistes, les infirmiers en pratique avancée ou les masseurs-kinésithérapeutes, dans ses articles 40 et 41.

« *Fermelement opposés* » à ces mesures, l'Ordre et les syndicats en demandent la suppression. Ils craignent en effet une prise en charge « *déconnectée de tout diagnostic médical et de toute stratégie thérapeutique globale* » qui conduira à « *des retards de diagnostic et une perte de chance pour les patients* ». « *Expérimenter une médecine sans médecins ne peut être la solution aux difficultés démographiques actuelles et prévisibles depuis plus d'une décennie* », martèlent-ils.

La lettre évoque également des dispositions « *faussement rassurantes* » lorsque celles-ci évoquent une simple expérimentation dans un cadre coordonné. « *En quoi l'appartenance du professionnel de santé à une CPTS résout-elle la question de la perte de chance du patient qui accède directement à son cabinet, sans consultation médicale et sans lien avec le médecin ?* », s'interrogent les signataires du texte, « *surpris par cette volonté de légiférer dans l'urgence* » alors que des organisations territoriales sont en cours de déploiement sur le terrain.

### Concertation interpro

Syndicats et Ordre estiment par ailleurs que ces mesures accéléreraient « *le cloisonnement des professionnels de santé dans la prise en charge des patients* » et iraient « *à l'opposé des mesures législatives relatives à la construction d'un parcours de soins coordonnés par le médecin* ». « *Elles rendent sans objet la notion même de médecin traitant et vident de leur sens les missions du médecin généraliste dans le code de la santé publique* », pointent-ils.

Ils attendent au contraire du PLFSS que celui-ci propose des moyens « *pour favoriser la coordination des prises en charge et notamment un modèle économique viable pour les infirmiers en pratique avancée* ». « *Nous avons beaucoup de mal à concevoir la mise en œuvre de la coordination des acteurs de terrain, toutes professions de santé confondues, et l'évolution des périmètres métiers sans une concertation préalable entre les Ordres, syndicats et conseils nationaux professionnels concernés* », concluent les auteurs du texte, qui réclament donc cette concertation.

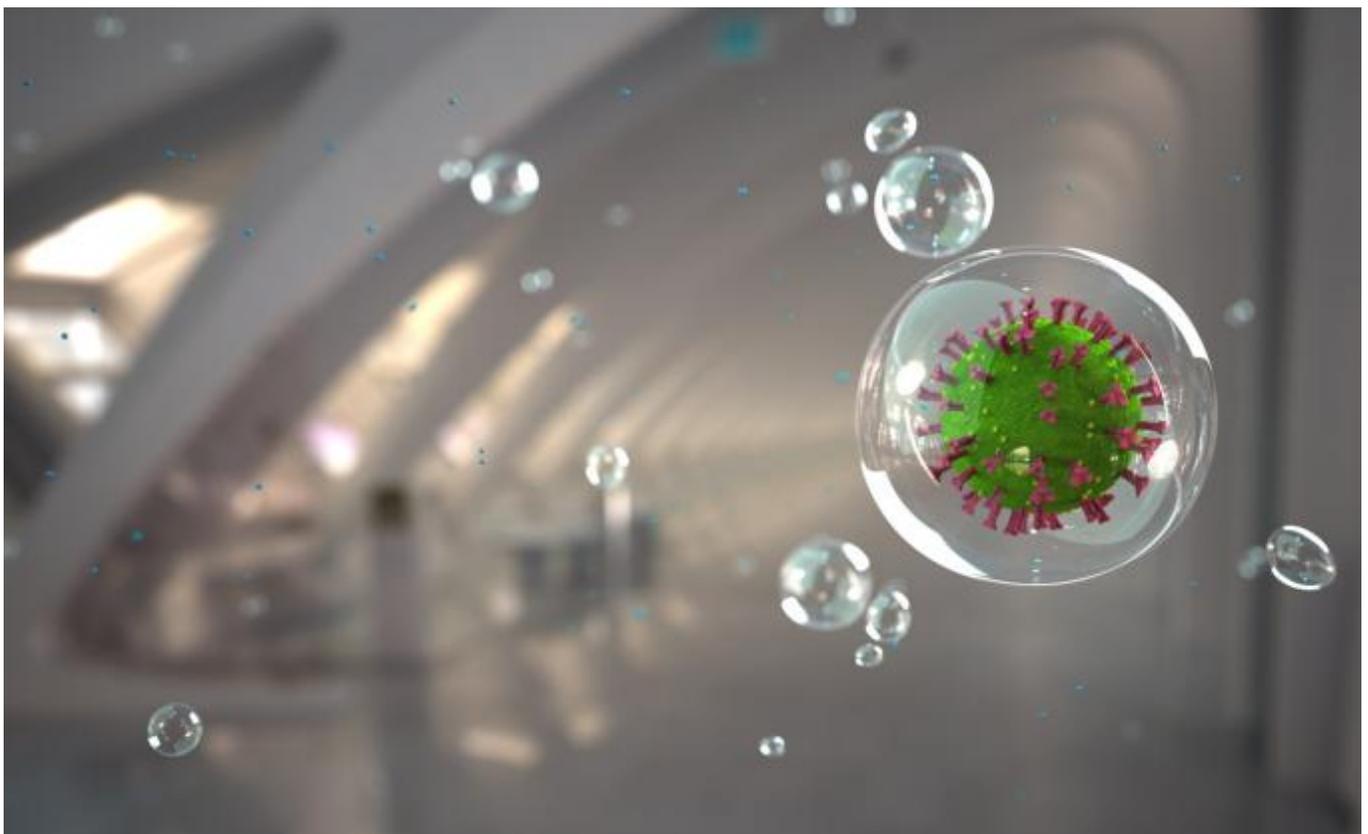
En plus de cette lettre ouverte et pour enfoncer le clou, le syndicat Avenir Spé-Le BLOC a annoncé qu'il ne participait plus à la vie conventionnelle à compter de ce mercredi et réclame « *un Grenelle de la médecine libérale* ».

La présidente de la commission des affaires sociales, Catherine Deroche, elle-même médecin cancérologue de formation, a indiqué au « Quotidien » qu'elle proposerait des amendements visant à encadrer rigoureusement ces mesures qui provoquent la colère de la profession.

\*MG France, Avenir Spé-Le BLOC, FMF, UFML-Syndicat, CSMF, SML.

### What's up Doc, 04/11/2021

## Virus SARS-CoV-2 : la transmission aérienne est confirmée, comment s'en protéger simplement



© Istock

Alors que la rentrée scolaire a eu lieu, que les entreprises voient revenir leurs salariés au bureau, mais que la Covid-19 est toujours là, beaucoup se posent des questions sur les risques à se retrouver à nouveau à plusieurs dans des espaces confinés.

Présence et viabilité du coronavirus SARS-CoV-2 dans l'air, situations propices à son accumulation, lutte contre sa propagation... Voici ce qu'il faut retenir de sa capacité de transmission et ce qu'il faut faire pour se protéger.

## **Deux vecteurs de contamination**

Inconnu il y a un an et demi, le coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la pathologie infectieuse respiratoire Covid-19 (pour CoronaVirus Disease 2019), est désormais mieux compris.

Après les hésitations initiales sur son mode de contamination, il est maintenant établi qu'il se retrouve principalement dans les sécrétions nasales ou orales. Celles-ci sont excrétées dans l'air lorsque l'on parle, tousse, éternue ou simplement respire, sous 2 formes : des gouttelettes (dont la taille va de 1 µm à 1 mm), qui vont se déposer par gravité au sol ou sur des surfaces à courte distance (moins de 2 mètres),

des aérosols, autrement dit des particules bien plus fines (quelques millièmes de µm à 100 µm), pouvant être transportés dans l'air au-delà de 2 mètres. Contrairement aux gouttelettes plus grosses, les aérosols sont capables de rester en suspension plusieurs minutes – voire plusieurs dizaines de minutes, et même indéfiniment, pour les plus fines, après évaporation dans un environnement clos avec un air stagnant.

Soulignons qu'il n'existe pas de frontière nette entre gouttelettes et aérosols : entre 1 à 100 µm, en particulier, les gouttelettes peuvent avoir des comportements relevant d'un mode et/ou de l'autre, en fonction des conditions.

## **Quatre voies de transmission**

Gouttelettes et aérosols émis par une personne malade sont les deux premiers vecteurs dont disposent les virus respiratoires pour contaminer une autre personne. Les premières peuvent gagner ses voies respiratoires, sa bouche ou ses yeux si la distance est inférieure à deux mètres ; les seconds peuvent atteindre ses voies respiratoires, y compris à une distance supérieure à deux mètres.

La contamination peut également se faire par contact physique, une fois que les gouttelettes et aérosols contenant des particules virales se sont déposés sur une surface. Le contact peut être direct : par exemple lorsqu'une personne contaminée après avoir toussé dans sa main ou s'être mouchée par exemple serre la main d'une autre personne, laquelle va ensuite porter ses mains à son visage.

Il peut aussi être indirect, via une surface contaminée (ou « fomite », soit un vecteur passif de transmission de maladie) : notamment lorsque l'on touche une poignée de porte contaminée, puis que l'on porte, là encore, sa main à son visage.

## **La transmission à distance confirmée**

La transmission à distance a fait l'objet de nombreuses études et hypothèses récemment passées en revue par l'ANSES dans une bibliographie. Cet état des connaissances montre qu'il existe un solide faisceau d'arguments en faveur de la réalité de cette voie de transmission par des aérosols chargés de particules infectieuses.

Une étude réalisée en condition de laboratoire a en premier lieu démontré que le SARS-CoV-2 pouvait effectivement survivre sous forme aérosolisée, tout comme le premier SARS-CoV. De plus, sa transmission par voie aérienne a été démontrée expérimentalement chez le furet et le hamster.

La transmission du virus chez l'humain apparaît également possible. Elle a notamment été signalée entre personnes placées en quarantaine dans des chambres d'hôtel adjacentes, suggérant une diffusion par le système de climatisation. Le génome du virus a d'ailleurs été détecté dans les filtres de centrales de traitement de l'air (CTA) et conduits d'aération d'hôpitaux où se trouvaient des patients atteints de la Covid-19.

Des cas de contamination à distance mettant en cause les flux d'air ont même été rapportés par exemple en Chine dans un restaurant et dans un bus.

## **Densité d'occupation et durée augmentent le risque**

Il est pour l'instant encore impossible de déterminer la part respective de chaque voie de contamination. Ce qui est établi, c'est que dans un environnement clos et mal aéré et/ou ventilé où se tiennent un ou plusieurs individus contaminés, la quantité de particules virales va s'accumuler jusqu'à atteindre des concentrations suffisantes pour infecter d'autres individus. Plus la densité d'occupation est élevée, plus le public est présent sur une durée prolongée, plus le risque augmente – surtout lorsque le masque n'est pas porté.

Le SARS-CoV-2 peut subsister dans l'air jusqu'à 3 heures, tout en perdant la moitié de son activité au bout d'une heure environ – ceci en condition expérimentale à 65 % d'humidité relative et à 21-23 °C, ce qui correspond à une

ambiance intérieure d'hiver, voire de mi-saison. Faibles températures et humidités relatives extrêmes (inférieure à 40 % ou supérieure à 85 %) lui permettent de persister plus longtemps.

Il est en revanche sensible aux UV : 90 % des virus aérosolisés à partir d'un substitut salivaire soumis à un rayonnement UV similaire à celui du soleil en été sont neutralisés au bout de 8 minutes.

### **Limiter la présence virale dans l'air**

La problématique de la contamination aérienne est donc surtout à considérer dans des environnements intérieurs mal ou peu ventilés/aérés, avec un taux et/ou une durée d'occupation important, en présence d'activités physiques ou vocales soutenues, et de surcroît en l'absence de port du masque. Des conditions qui peuvent correspondre à certains établissements recevant du public comme les salles de classe d'école, les restaurants, les bars, les discothèques, les salles de sport les salles de concert, les toilettes publiques...

Pour prévenir les risques de contamination, le port du masque combiné à une ventilation ou aération optimale doit permettre de diminuer la présence du virus dans l'air.

Pour savoir quand il convient de renouveler l'air d'une pièce, la concentration en dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) est un bon indicateur. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande un seuil de 800 ppm au-delà duquel aération ou ventilation est nécessaire.

Il est bon de se rappeler que l'aération des locaux est de toute façon une bonne pratique : on sait que pour un enfant, une concentration en CO<sub>2</sub> supérieure à 1000 ppm subie sur toute une journée a des effets sur la performance psychomotrice et augmente la fréquence des symptômes liés à l'asthme.

Mais si il est difficile d'assurer un renouvellement de l'air permettant d'atteindre ces seuils, comment tout de même réduire la présence du virus dans l'air ?

### **Purificateur d'air or not purificateur d'air ?**

La question du recours à des purificateurs d'air (de type unités mobiles, qui aspirent et traitent l'air d'une pièce) est devenue prégnante. En 2017, l'Anses identifiait plusieurs technologies émergentes d'épuration (ozonation, plasma froid, catalyse, photocatalyse et ionisation), mais il n'a pas été possible de démontrer leur efficacité et innocuité en conditions réelles d'utilisation, certaines pouvant même être à l'origine de l'émission de polluants secondaires dans l'air intérieur.

Le cas de la purification par filtration est différent. Développés et éprouvés depuis des années, les filtres à haute efficacité HEPA (*high efficiency particulate air*) H13 ou H14 (et équivalent) notamment sont capables de capter les particules chargées du virus incluant les plus fines. Le recours à cette technologie est à envisager lorsque ventilation ou aération d'un local s'avèrent insuffisantes. Attention toutefois à bien respecter les conditions d'utilisation comme à se doter du nombre adéquat d'épurateurs d'air en fonction du volume de la pièce à considérer... comme au faux sentiment de sécurité qu'ils peuvent entraîner.

Quoiqu'il en soit, ces installations ne peuvent en aucun cas se substituer aux apports d'air neuf. La ventilation et/ou l'aération des espaces clos, associée(s) au port du masque, restent les actions incontournables pour limiter la présence du virus dans l'air – et donc les risques liés à cette voie de transmission.

Concernant les autres voies impliquant un contact, le maintien des mesures barrières (incluant la distanciation physique, le lavage des mains et le nettoyage des sols, surfaces et objets) reste des leviers de prévention primordiaux.

*Matteo Redaelli, coordinateur scientifique dans l'unité d'évaluation des risques liés à l'air dirigé par Valérie Pernelet-Joly a également contribué à cet article.*

*Valérie Pernelet-Joly, Cheffe de l'unité Évaluation des risques liés à l'air, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)*

## 2. Pôles de santé, professionnels de santé

L'Express, 04/11/2021

### "Le lien patient-généraliste se distend" : la lente mort du "médecin de famille"

Alors qu'une génération de généralistes a pris ou est sur le point de partir à la retraite, les Français assistent à la disparition du "médecin de famille".



Le médecin de famille ? "C'est le praticien du village à qui l'on tape sur l'épaule avant de lui donner un poulet et des oeufs."

"Il a suivi mes grands-parents, après mes oncles, mon père, ma mère et moi. Comme mes parents n'ont jamais bougé de chez nous, on lui est resté fidèle." Quand elle parle de son médecin traitant, Charline, 26 ans, adopte un ton qu'on utilise d'ordinaire pour un vieil ami de la famille. De ceux qui restent à vos côtés, malgré les années, qu'il vente ou qu'il pleuve. "J'ai déménagé pendant mes études, mais il me suit toujours. Si j'ai besoin d'une ordonnance pour renouveler ma pilule, par exemple, il est là. Je la lui demanderai par mail à 10 heures et il me l'enverra le jour même, à minuit s'il le faut", continue-t-elle. Dans son petit village d'origine, son praticien est une figure connue, incontournable. Il est une oreille attentive, un confident.

"Il est tellement disponible ! Il peut prendre une consultation en décrochant son portable après 21 heures. Si le cas est urgent, il répond qu'il passera dans la soirée, dès qu'il aura un moment", décrit-elle. Son enthousiasme, partagé par sa famille depuis trois générations, est pourtant terni par une angoisse : le départ de son cher docteur, qui, depuis quelques années, annonce vouloir prendre sa retraite... Avant de la repousser à chaque fois "d'un ou deux ans". "Je suis encore jeune, alors le sujet de sa retraite ne me donne pas tant de souci que ça, explique-t-elle. Mais

mes grands-mères et mes parents sont vraiment inquiets. Où iront-ils, après lui ? Nous avons la chance d'avoir d'autres médecins aux alentours, mais personne comme lui. Rien ne sera jamais plus pareil."

#### Une disparition progressive

L'inquiétude qui tenaille les proches de Charline est loin d'être unique. Car plus qu'un simple généraliste, le spécialiste appartient à une catégorie de soignants qui se raréfie avec le temps : celles de bons vieux médecins de famille. "C'est une définition ancienne, qui est née et qui a perduré via une pratique de la médecine qui s'occupait de chaque membre de la tribu, observe Marine Crest, médecin généraliste. Elle suit le schéma un peu paternaliste du praticien qui avait seul le savoir, qui rassurait. C'est le médecin de village à qui l'on tape sur l'épaule avant de lui donner un poulet et des oeufs." Une espèce en voie de disparition. Avec le départ en retraite prochain des médecins de plus de 60 ans - qui représentent plus de la moitié des inscrits au Tableau de l'Ordre - et un changement d'aspirations des jeunes médecins - qui demandent plus d'équilibre entre vie privée et professionnelle -, la fin du médecin de famille pourrait bien avoir sonné.

"C'est une disparition progressive, sans un bruit, mais qui a bien lieu", confirme Jean-Paul Q., à la retraite depuis deux ans. Ce généraliste, "farouche défenseur" du médecin de famille, a exercé pendant 40 ans dans sa commune du Finistère avant de raccrocher son stéthoscope en 2019. "Le principe même de la médecine de famille est simple : on ne vous demandait pas d'être bon quelque part, mais de n'être surtout nul en rien, poursuit-il. Ce n'est plus au goût du jour aujourd'hui, parce que la profession est saucissonnée. Beaucoup d'activités échappent aux nouveaux généralistes."

#### L'instauration du médecin traitant

Symbole de ces activités devenues inaccessibles aux généralistes : l'accouchement. "Pendant les vingt premières années qui ont suivi mon installation, une de mes principales activités était l'accouchement", se souvient le médecin. L'époque est révolue depuis la fin du XXème siècle, quand, en 1998, Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la Santé, a annoncé la fermeture des maternités qui effectuaient moins de 300 accouchements par an. Une mort annoncée dans le but d'améliorer la sécurité des mères et de leurs nouveaux-nés mais qui, plus de vingt ans plus tard, n'est toujours pas du goût de Jean-Paul Q. "Les généralistes qui accompagnaient dans les maternités ouvertes dans le rural, comme moi, ont dû renoncer à cette activité. Cela permettait pourtant d'avoir une relation particulière aux mamans et aux enfants, et donc aux familles. Je suivais les gens dès la naissance, note-t-il. Rendez-vous compte : lors du pot de départ que j'avais organisé dans la salle polyvalente du village, certaines familles m'ont dit que j'avais soigné six de leurs générations !"

Mais avec la spécialisation de la médecine, le rôle du médecin généraliste dans la société s'est peu à peu réduit. "Auparavant, la fonction de docteur venait juste après celle du curé. A la faveur d'une médecine devenue plus technique, mettant avant tout en valeur l'hôpital, il a été délaissé, observe Marine Crest. Par la suite, le médecin traitant a été installé de manière à remettre le généraliste au centre du parcours de soin." Le parcours de soins coordonnés, instauré en 2004, incite en effet les patients à consulter leur médecin traitant avant de solliciter un nouveau généraliste ou surtout un autre médecin spécialiste. "Ce retour en grâce auprès des patients s'est accompagné d'un désir de revoir le médecin de famille. Mais dans beaucoup de cas, il n'existe plus. D'où la frustration de certains trentenaires ou quarantenaires, qui ne retrouvent plus la relation qu'ils avaient avec le praticien de leur enfance", analyse Marine Crest, avant de s'exclamer : "Mais on ne peut pas tout faire !"

#### Un rythme éreintant

Car se couler dans le moule du médecin de famille, c'est aussi accepter de se mettre au service de patients à un rythme éreintant. "Je faisais du 70 heures par semaine, se rappelle Patrick Laine, ancien généraliste à Saulnot, en Haute-Saône. Les gens m'appelaient de jour comme de nuit." Depuis son départ à la retraite, il y a quelques mois, la plupart de ses anciens patients sont parvenus à retrouver un médecin traitant, malgré son absence de successeur. "Mais les conditions ont changé. Ils savent qu'il faut désormais se déplacer, attendre parfois un mois ou deux avant d'avoir un rendez-vous et qu'ils doivent appeler pour se faire expliquer leurs résultats d'analyses, signale le jeune retraité, une pointe de regret dans la voix. Je passais tout le temps un coup de fil si le résultat d'une prise de sang n'était pas bon." En clair : ce que ne font plus forcément les généralistes "nouvelle génération".

"C'est pourtant se couper de quelque chose, regrette Jean-Paul Q. Je trouve qu'on a beaucoup perdu en matière de soin dans la vie de tous les jours. Le médecin de famille, c'était aussi ça : quelqu'un qui rassure, qui explique des résultats, qui explicite ce qu'un spécialiste n'a pas forcément dit dans des termes accessibles." Quelqu'un qui, en somme, fait de la pédagogie. "Mais il faut avoir un côté empathique, accepter d'être là pour écouter les

problèmes, insiste l'ancien généraliste. Il faut être à la fois ami, conseiller conjugal, psychologue..." Une profession multi-casquettes, très utile dans les villages comme celui dans lequel Jean-Paul Q. a exercé plus de quarante ans. "Le dernier recteur - un titre donné à certaines membres du clergé, ndlr - de ma commune me disait souvent 'Vous êtes un concurrent dangereux !'", s'amuse le retraité.

### **Journées à rallonge**

L'image d'Epinal du médecin de famille, toujours à l'écoute, toujours disponible, a tout du sacerdoce. Mais certains, bon gré mal gré, l'exercent encore. "Certains de mes patients sont à une heure trente de route de mon cabinet, souffle le Dr Christian Popa. Ce sont des personnes qui sont dans l'impossibilité de se déplacer, qui ont des maladies chroniques. Ils ne pourraient pas avoir accès à un médecin si je ne venais pas." D'abord médecin de campagne en Roumanie, l'homme a d'abord travaillé à l'hôpital Grace de Monaco, avant de s'installer à son compte.

Depuis, il sillonne les routes escarpées de l'arrière-pays niçois avec un dévouement quasi religieux. "Je suis actuellement chez une patiente, je vous appelle en marge d'une consultation, rigole-t-il à travers le combiné. Le rapport est très différent des cabinets en ville. Ici, je connais leur emploi du temps, j'ai du temps pour discuter quand je vais chez eux." Avec ses journées à rallonge, le médecin sort de l'ornière beaucoup de familles du coin. "Ici, certaines personnes sont à une heure de route de leur travail. Le temps de récupérer un enfant à l'école, de s'apercevoir qu'il est malade... Ils sont souvent chez eux vers 20 heures, décrit-il. Alors, je m'adapte à leurs horaires. Je ne peux pas les laisser sans soins." Résultat : il rentre souvent chez lui à minuit, et il n'est pas rare qu'il lui arrive de consulter les week-ends. Un sacrifice qu'il dit faire avec plaisir, à "65 ans et en pleine forme". "Mais je ne me fais pas d'illusion, indique-t-il. Je peux exercer ce métier de cette manière parce que je n'ai pas de contrainte personnelle. Mes enfants sont grands."

### **"J'étais un courant d'air"**

Paradoxalement, être un médecin de famille, c'est aussi renoncer un peu - voire beaucoup - à la sienne. "Mes deux garçons m'ont souvent dit 'On ne fera pas le même métier que toi, c'est sûr !'. Car avouons-le : j'étais un vrai courant d'air", confesse Jean-Paul Q., assurant "ne rien regretter". D'autres sont moins tendres avec la dure tâche demandée par certains patients aux généralistes. "Soyons honnêtes : le médecin de famille, c'est un type qui est divorcé et en état d'épuisement professionnel", balance le Docteur Jean-Paul Hamon, ancien président de la Fédération des médecins de France, qui enchaîne : "Les conditions d'exercice ne sont plus les mêmes. A chaque fois que j'ai remplacé des médecins, ceux qui travaillaient chez eux avaient du personnel pour faire le ménage, la cuisine et le secrétariat. Ce n'est plus le cas aujourd'hui."

D'autant que la sociologie de la profession a changé : selon les chiffres de l'Ordre des médecins, 49,8% des effectifs en activité sont des femmes. "Cette féminisation des effectifs induit aussi que les praticiens ne peuvent plus être constamment disponibles, car beaucoup d'entre elles veulent pouvoir s'occuper de leurs enfants", fait remarquer Marine Crest. Terminé, le praticien qui ne vit que pour son boulot ? "Vous ne pouvez plus réclamer, dans une société des loisirs comme la nôtre, à un médecin d'être disponible 24h/24, sept jours sur sept. C'est leur demander d'endosser un costume que plus personne ne porte dans la société", pointe le Dr Jacques Battistoni, président du syndicat des généralistes MG France.

### **Les patients ont changé**

Mais les médecins ne sont pas les seuls à avoir modifié leurs attentes et leur comportement. "Les patients aussi ont changé ! assure le Dr Jean-Paul Hamon. J'ai connu une période où je partais faire des accouchements, et je revenais dans une salle d'attente où les gens patientaient, toujours plus nombreux. Si je fais ça aujourd'hui, je risque l'émeute dès que je quitte mon cabinet !" Les patients actuels, demandeurs de rendez-vous efficaces et rapides, seraient aussi mieux informés - ou, en tout cas, pensent l'être. "L'image du médecin qui détenait le savoir, qui rassurait, n'existe plus forcément dans l'esprit de tous", remarque Marine Crest.

Difficile, aussi, de conserver un lien durable avec un praticien quand les familles ont elles-mêmes muté. "Quand j'exerçais, mes patients pouvaient travailler de père en fils à l'usine Renault du coin, remarque Patrick Laine. Aujourd'hui, les choses sont différentes." Avec des enfants partis à l'autre bout de la France pour leurs études, ou des parents divorcés ayant déménagé, il est plus compliqué pour un généraliste de suivre une famille sur plusieurs générations. "Ajoutez à ça une population qui vieillit, et la demande en soins est forcément plus importante. Les patients sont aussi plus stressés, plus inquiets", complète Marine Crest.

### **Des médecins de plus en plus rares**

Plus exigeants, aussi. Cela tombe bien : loin de se limiter à de la "bobologie", la médecine pratiquée par les généralistes est devenue beaucoup plus pointue. "La médecine générale est devenue plus technique qu'autre fois, pointe le Dr Elisabeth Hubert, ancienne ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie et auteure d'un rapport sur la médecine de proximité. Les médecins d'aujourd'hui sont plus compétents que ceux de ma génération, c'est certain. Mais la dimension d'écoute du patient est parfois un peu oubliée." La raison ? Difficile de parler longtemps avec le patient quand le rythme effréné des consultations les réduit à quinze, voire vingt minutes maximum.

Des médecins de plus en plus pressés, sous pression, et de plus en plus rares, aussi. "Il y a une pénurie de soignants liée à une diminution du numerus clausus dans l'admission aux études de santé dans les années 90, observe Frédéric Bizard, professeur d'économie affilié à l'ESCP Europe, spécialisé dans les questions de protection sociale et de santé. On estime à 7 millions de Français les gens qui n'ont pas facilement accès à un généraliste. Cette crise de l'installation concerne aussi bien le rural que la ville." En témoigne l'exemple d'Adrien Para, généraliste à Orléans. Jeune et urbain, il n'en finit pas moins "à 23 heures" après une journée de consultation à toute allure. "Dans la maison de santé où j'exerce, les plannings sont pleins à trois semaines près. En moyenne, chaque praticien a plus de 1000 patients sur du temps complet, auxquels il faut ajouter ceux qui viennent sans avoir de médecin traitant, alerte Adrien Para, généraliste à Orléans. Tout devient plus court, et il est certain qu'il est difficile de faire de la prévention en 20 minutes de consultation. Le lien patient-médecin se distend."

"Nous allons passer dix ans très difficiles"

Même dans les zones bien desservies, une visite à domicile prend du temps. Autant en moins pour une consultation dans un cabinet. "Parfois, il m'arrive d'aller rendre visite à un patient, comme cette jeune fille en suivi psy que je suis allé voir une matinée, parce que je sentais que c'était nécessaire, se souvient-il. Mais il n'est pas possible de faire ça pour chacun." Pour remédier à la situation, les praticiens décident souvent de s'appuyer sur les personnels paramédicaux. "On doit désormais travailler en équipe. Les infirmiers sont devenus nos yeux et nos oreilles. Ils nous permettent de préserver ce lien particulier avec les patients", décrit-il.

Cette solution d'urgence, si efficace soit-elle, n'est toutefois pas la panacée : face au besoin criant en médecins généralistes que la France doit déjà affronter, l'exécutif a mis un terme au numerus clausus, au profit d'objectifs nationaux pluriannuels. "Mais il faut plusieurs années pour former un praticien, rappelle Elisabeth Hubert. Les nouvelles générations n'arriveront pas sur le terrain avant quelques années. D'ici-là, nous allons passer dix ans très difficiles". Pour y faire face, l'ancienne ministre préconise la télé-médecine et un appui accru des généralistes sur les personnels paramédicaux. "Il faut allier ces deux éléments pour que les solutions soient efficaces", martèle-t-elle. Et retrouver ensuite les médecins de famille ?

### **TIC Santé, 05/11/2021**

## **Tiers payant en établissement de santé : le déploiement du dispositif ROC "accélère" (DGOS)**

PARIS (TICsanté) - Le déploiement du dispositif de remboursement des organismes complémentaires (ROC) est dans "une phase d'accélération", a déclaré Karine Eliot de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), lors de la 9e conférence nationale annuelle sur les finances hospitalières organisée mi-octobre par le cabinet Grant Thornton.

Karine Eliot est chargée de mission au sein du programme Simphonie (Simplification du parcours administratif hospitalier du patient et numérisation des informations échangées), qui vise à simplifier la facturation et le recouvrement pour les patients admis en établissement de santé. Le dispositif ROC est l'un des chantiers du programme.

Elle a présenté lors d'une table ronde l'état d'avancement du projet ROC, alors qu'un accord national pour son déploiement a été signé en mai entre l'Etat, les fédérations hospitalières, les fédérations représentant les organismes complémentaires d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam).

Le dispositif ROC a pour objectif de simplifier l'application du tiers payant sur la part complémentaire, entre les organismes complémentaires et les établissements de santé, a rappelé Karine Eliot.

Il réunit d'un côté 3.000 établissements de santé, et de l'autre "plusieurs centaines" d'organismes complémentaires, a-t-elle précisé.

C'est un dispositif qui va "au-delà d'une simple dématérialisation du tiers payant". Il répond aux "difficultés concrètes que rencontrent chaque jour les équipes hospitalières dans l'application du tiers payant", a déclaré Karine Eliot.

ROC permet d'avoir un "dialogue de gestion bien en amont à la facturation", entre l'établissement et l'organisme complémentaire. Cela passe notamment "par une identification des droits du bénéficiaire pour les connaître avant même sa venue".

En outre, "dès que vous vous lancez dans ce dialogue de gestion, vous avez en face de vous le bon tiers débiteur", donc il y a la "garantie d'échanger avec le bon tiers débiteur" auquel ensuite adresser la facture, a-t-elle souligné.

Il y a une garantie de paiement qui est "embarquée dans le dispositif" via notamment un "contrat technique de tiers payant" qui permet de s'assurer que les montants pris en charge par l'organisme complémentaire sont "effectivement versés".

La facturation est également sécurisée grâce à un envoi dématérialisé dont la "norme a été partagée par l'ensemble de partenaires" du dispositif, a précisé Karine Eliot.

Elle a par ailleurs déclaré qu'avec le dispositif ROC le taux de rejet de facture serait de "0,5%".

Un décret d'application à paraître "fin novembre"

Le cadre réglementaire sur lequel s'appuiera le dispositif ROC sera fixé dans un décret dont la publication est attendue "fin novembre", a-t-elle rapporté.

Ce décret ne devrait pas "imposer le tiers payant" mais "l'usage du dispositif ROC dès lors que le tiers payant sera utilisé sur la part complémentaire", de façon dématérialisée.

Le texte s'appliquera à tous les établissements publics et privés, quels que soient leurs statuts. Il devrait comprendre une mesure de mise en oeuvre transitoire du dispositif ROC, "nous sommes en discussion pour que ce soit au minimum 24 mois pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et 36 mois pour le privé lucratif".

Les établissements de santé seront accompagnés financièrement pour le déploiement de ROC. Cette aide sera de 25.000 euros par établissement dont 15.000 € à "l'amorçage" et 10.000 € à "l'usage".

Depuis 2018, une phase expérimentale de déploiement est mise en oeuvre. Ainsi, une quarantaine d'établissements sont déjà dans le dispositif ROC, 50 établissements sont "en préparation", et 529 établissements devraient être "en production" d'ici quelques mois, a rapporté Karine Eliot.

Au total, les établissements en phase de test ont bénéficié d'un soutien financier de 8,5 millions d'euros (M€) de 2018 à 2021.

**Sylvain Labaune / Tic Santé**

**Challenge, 04/11/2021**

## Après l'affaire Proxidentaire, veut-on la peau des centres de santé dentaire?

En plein scandale des centres low cost Proxidentaire, des amendements au PLFSS ont été déposés pour renforcer les contrôles et limiter l'installation des centres de santé dentaire dont certains ont été qualifiés de "déviant" par le ministre Olivier Véran. Le secteur craint désormais une purge qui profiterait surtout, selon lui, aux chirurgiens-dentistes libéraux.



Les parlementaires veulent renforcer les contrôles et limiter l'installation des centres dentaires sur fond de scandale des centres low cost Proxidentaire. (C) AFP

Séisme dans l'écosystème des soins dentaires. Cinq ans après la liquidation judiciaire des centres dentaires low cost Dentexia, qui a laissé sur le carreau 3.000 patients mutilés ou ruinés, la fermeture définitive de deux centres de la chaîne au statut associatif Proxidentaire en Bourgogne-Franche-Comté, décidée début octobre par l'Autorité régionale de santé (ARS), a ravivé les plaies. Une enquête a été ouverte après le dépôt de 76 plaintes de patients dénonçant mauvais traitements, mutilations et abus financiers. Face à l'onde de choc, le gouvernement et les parlementaires semblent déterminés à faire un grand ménage dans la fourmilière des centres de santé dentaire. Ces structures ont poussé comme des champignons ces dernières années. Fin 2020, on comptait en France 2.236 centres de santé, dont 932 spécialisés dans les soins dentaires (contre 857 en 2019).

Dans le viseur des autorités, les structures qui appâtent le chaland en leur faisant miroiter des soins à bas coûts mais dont la pratique médicale et/ou la gestion financière se révèlent douteuses. "Ces centres sont de l'escroquerie et un danger public", a déclaré le ministre de la Santé Olivier Véran, interrogé par Radio France. "J'ai demandé, le vendredi 24 septembre 2021, aux agences régionales de santé de me donner la liste exhaustive de tous ceux qui sont identifiés comme déviants pour les empêcher de développer d'autres centres et qu'on les attaque en justice." Car les dérives ne sont pas isolées: dans son enquête, Radio France évoque les plaintes déposées contre Dental Access -dont les centres ont déposé le bilan en septembre 2020- dans les Alpes-Maritimes ou encore les soupçons de fraude fiscale -, contestés par l'entreprise- pesant sur Clinadent en PACA ...

### **Contrôles, sanctions et restrictions d'installation**

Mais c'est l'affaire Proxidentaire qui aura servi de détonateur du côté des parlementaires. En tête desquels Fadila Khattabi, présidente de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale et députée de Côte-d'Or, dont des administrés ont été victimes d'un des deux centres fermés. L'élue a déposé un amendement qui a été validé le 14 octobre par la commission dans le cadre de l'examen du projet de budget 2022 de la Sécurité sociale et doit être confirmé en séance plénière ces jours-ci. Il prévoit de mettre fin au conventionnement d'office avec l'Assurance maladie. Si le conventionnement se fait sous conditions, cela garantira "la qualité des soins procurés ainsi que le sérieux des praticiens qui y sont recrutés", explique Fadila Khattabi dans un communiqué. L'ARS, par ailleurs,

pourra en cas de manquement, infliger une amende administrative d'un montant maximal de 150.000 euros, assortie d'une astreinte de 1.000 euros par jour.

Dans la foulée, deux autres députés -Thibault Bazin et Jean-Pierre Door – ont déposé deux amendements qui contraindraient fortement l'installation des centres de santé: une ouverture se ferait avec un accord préalable de l'ARS, fondé "sur un cahier des charges très précis et en fonction des besoins locaux en offre de soins". En clair, le texte, s'il était adopté, reviendrait en passant sur la liberté d'installation des centres de santé dentaire en les cantonnant à des zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes. Ce qui était l'esprit d'origine de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), dite loi Bachelot, adoptée en 2009. "Cette loi avait pour but de faciliter l'implantation de structures de soins dans les zones blanches, en déréglementant l'ouverture des centres de santé", rappelle ainsi le Dr Philippe Pommarède, président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, qui, depuis plusieurs années, alerte les autorités sur les risques d'abus dus à l'absence de contrôle et a lancé en parallèle de multiples procédures judiciaires. "A partir des années 2012, on a vu apparaître certaines conséquences négatives de la loi Bachelot, qui a créé un effet d'aubaine, attirant vers les centres de santé un certain nombre d'investisseurs et de gérants mal intentionnés. Certains centres dits 'déviants' selon l'expression même de notre ministre de la Santé, n'ont plus recherché le volet social que l'on pouvait attendre d'un centre associatif type loi 1901 mais se sont orientés vers les soins et prothèses les plus rémunérateurs délaissant nos campagnes et s'installant dans les grandes villes dont Paris, à plus fort potentiel financier, mais déjà complètement saturés en chirurgiens-dentistes."

### **Etiquette "low cost"**

Les députés souhaitent par ailleurs réglementer et encadrer "strictement" les montages financiers utilisés pour l'ouverture d'un centre, et demandent à ce que ces structures soient "dirigées par un professionnel de santé, doté d'une expérience de cinq ans minimum". Ce qui est loin d'être systématiquement le cas. "Faute de garde-fous, il est possible à n'importe qui, chirurgien-dentiste ou pas, d'ouvrir et de gérer un centre dentaire aujourd'hui", observe le Dr Philippe Pommarède.

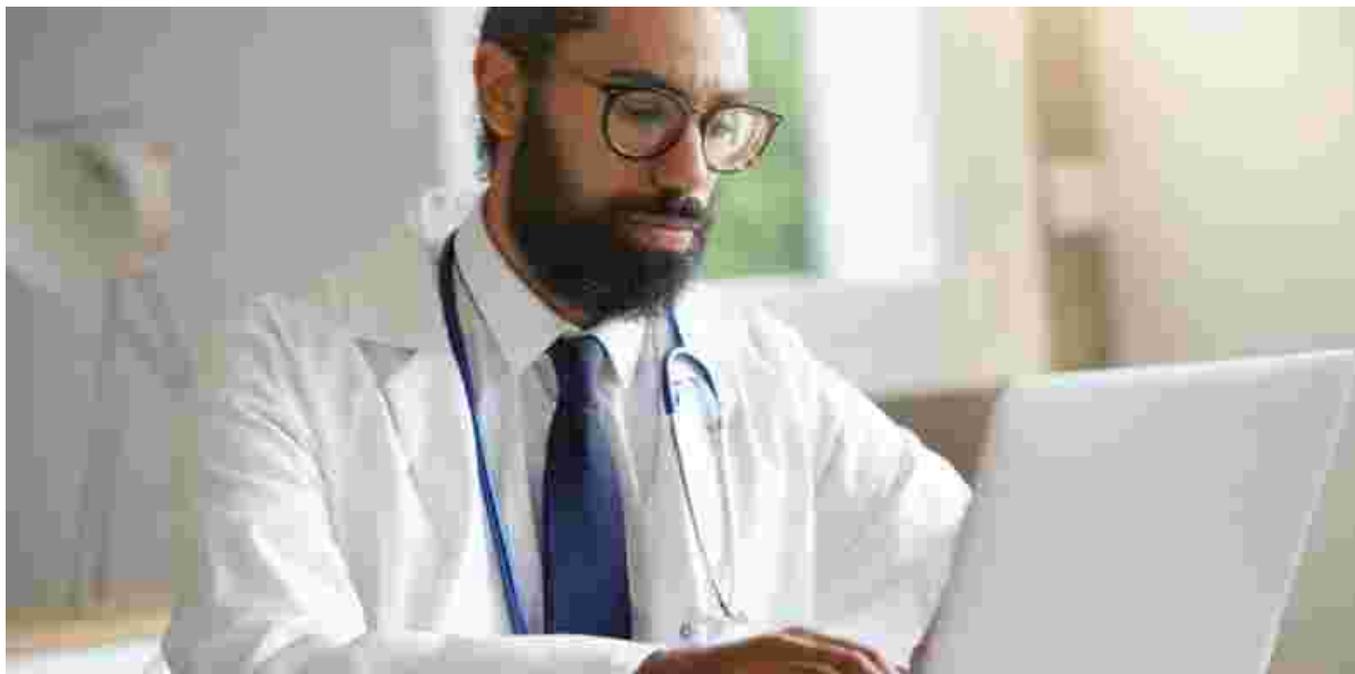
Se sentant acculés, les professionnels des centres dentaires redoutent une purge. "Les abus intolérables d'une minorité ne doivent pas jeter l'opprobre sur l'offre de soins dispensée par les centres de santé dentaires", réagit Michaël Moyal, président de l'Union des centres de santé dentaire (UCSD), créée en 2016 à la suite de l'affaire Dentexia et qui représente plus de 200 centres dentaires salariant 2.500 praticiens et 7.000 employés. "Aujourd'hui, près de 15% des soins dentaires sont pratiqués dans des centres de santé dentaires, notamment des soins de premier recours, comme le traitement de caries ou le détartrage", assure-t-il, en précisant que ces premiers soins pèsent d'ailleurs 74% de l'activité de ses centres adhérents, "alors qu'on nous tente un procès de course à la rentabilité!" Et de souligner : "35% des Français renoncent aux soins dentaires à cause de leur coût [selon une étude Ifop datant de 2018, NDLR]". Certes, la réforme "100% Santé" lancée en 2019 a eu des premiers résultats prometteurs sur les soins dentaires : en 2020, près de 50 % des prothèses dentaires entraient dans le champ du "reste à charge zéro", selon une étude de Santéclair s'appuyant sur des chiffres de la DSS. Dans 21 % des cas, les prothèses à reste à charge modéré, dont les tarifs sont plafonnés, sont choisies. Mais les centres, qui mettent en avant leurs tarifs de secteur 1, la pratique du tiers-payant et qui assurent négocier efficacement les prix avec leurs distributeurs sur leurs commandes à gros volumes, "répondent à ce besoin d'accessibilité des soins".

Pour autant, Michaël Moyal réfute l'étiquette "low cost" qui colle à la peau des centres dentaires: "On investit environ 1 million d'euros pour ouvrir un centre de taille moyenne, équipé d'un plateau technique dernier cri." Cette étiquette, selon lui, sert opportunément à "décrédibiliser" ces structures qui, en se développant ces dernières années, ont surtout occasionné des dommages collatéraux au "monopole" des chirurgiens-dentistes libéraux.

## 3. E-santé

Capital, 04/11/2021

### Faut-il avoir peur de Doctolib, le nouveau géant de l'e-santé ?



Goodluz/Adobe Stock

**Fondée en 2013, la plateforme s'est rendue indispensable aux Français durant la pandémie, permettant 70 millions de rendez-vous vaccinaux. Mais avec ce succès viennent les critiques : Doctolib n'est-il pas devenu trop puissant ?**

Le soir du 12 juillet dernier restera gravé comme «un tsunami» dans la mémoire de Nicolas Martignole, ingénieur chez Doctolib. Ce jour-là, Emmanuel Macron annonce l'instauration du pass sanitaire. Le président vient à peine de terminer son discours que le site est déjà pris d'assaut. Il est 21h07, la plateforme enregistre 30.000 requêtes (connexions) par seconde. Une «salle d'attente virtuelle» est alors mise en place à l'entrée du site pour temporiser, mais les systèmes tiennent bon. «Nous avons pu prendre 20000 rendez-vous par minute, quelque chose de fou», révèle le directeur technique Philippe Vimard. Score final, 926.000 rendez-vous ce soir-là.

Le réflexe Doctolib illustré par les chiffres... Ou comment une start-up s'est rendue indispensable au gouvernement et aux Français en temps de Covid, facilitant à elle seule 65 millions de rendez-vous vaccinaux (comptage arrêté mi-septembre). Son directeur général, Arthur Thirion, nous rappelle que ce plébiscite ne date pas d'hier: «40 millions de Français et d'Allemands utilisaient Doctolib avant la pandémie, ils sont maintenant 60 millions.» Un sacré coup d'accélérateur.

Nouvelle porte d'entrée vers les cabinets médicaux, Doctolib est aussi devenu un géant de la téléconsultation pendant le confinement, montant à 1 million de consultations mensuelles à distance. Fleuron de la French Tech, labellisé licorne puisque valorisé plus de 1 milliard d'euros, le jeune groupe rappelle qu'il n'est pas encore rentable et réinvestit tous ses gains – selon nos calculs, son chiffre d'affaires récurrent, tenu secret,

avoisinerait les 20 millions d'euros mensuels. Mais cette réussite vient avec son lot de critiques, plus ou moins feutrées, y compris chez ses premiers fans, les médecins. En premier lieu, l'accusation de toute-puissance, vu sa part de marché évaluée à 90%. Et, en second, des doutes sur la sécurité des données de santé traitées, que Doctolib stocke sur les serveurs d'Amazon. Un enjeu de souveraineté nationale, pour le moins.

Les fondateurs de Doctolib n'ont jamais manqué d'ambition, une valeur qu'ils ont mise à leur fronton dès leurs débuts, à travers le sigle SPAAH: service, passion, ambition, attaque... et humilité. Mais le P-DG Stanislas Niox-Chateau, 34 ans, se sait scruté et répète désormais en public des formules consensuelles: «la santé est notre bien commun» ou «on peut concilier intérêts privés et intérêt général». Son parcours le rattache plutôt au privé. Diplômé d'HEC, il est d'abord passé par un fonds d'investissement où il a conseillé des start-up comme LaFourchette ou Balinea, permettant de réserver son restaurant ou ses soins de beauté en ligne. Il a ensuite reproduit en 2013 ce système dans le monde de la santé, lassé par la difficulté d'obtenir des rendez-vous médicaux pour corriger son bégaïement. Le besoin était criant: «La santé est un des plus gros secteurs de l'économie, où il y a de l'argent pour la recherche, mais étonnamment pas pour le lien avec les patients», note l'entrepreneur Pierre Kosciusko-Morizet, qui a très tôt misé sur l'entreprise via son fonds Kernel, possédant un peu moins de 10% du capital – il a depuis été rejoint par la Banque publique d'investissement et de grands fonds comme Accel.

Doctolib a donc prospéré au point de devenir un quasi-service public quand le virus a frappé, équipant 80% des centres de vaccination. Et d'occulter les autres acteurs sélectionnés pour l'opération, comme KelDoc (12%) ou Maïia (8%). Le gouvernement semblait d'ailleurs prêt à confier toute l'opération au leader, avant que des représentants des centres hospitaliers protestent. C'est ce que rapporte Jean-Louis Baudet, responsable des opérations vaccination Covid chez KelDoc, qui dénonce un prisme parisien: «Nous avons opéré 50% des centres bretons, ceux de Toulouse, de Bordeaux, d'Amiens ou d'outre-mer», liste ce représentant de la start-up du groupe NEHS Digital, très implanté dans les hôpitaux de ces régions. «Il faut le dire, car dans ces zones, des gens allaient sur Doctolib et ne trouvaient pas de rendez-vous.» Lui préconise d'aller sur les sites qui agrègent toutes les plateformes, Santé.fr ou ViteMaDose. Doctolib ne s'est en tout cas pas ménagé dans cette bataille peu lucrative, et réfute l'idée d'en avoir profité: «La pandémie n'était une opportunité pour personne, l'opportunité, c'était d'en sortir», répond le DG Arthur Thirion.

Comme avant le Covid, l'essentiel des revenus de Doctolib provient des abonnements mensuels de 129 euros facturés aux cabinets pour sa plateforme de prise de rendez-vous. Le logiciel a désormais 150.000 utilisateurs. Les patients aussi adorent son côté simple, intuitif, instantané. Peut-être trop? Un médecin adepte à ses débuts en pointe les effets pervers: «Cela a introduit un effet consommation: si le praticien habituel n'est pas libre, les gens vont chez celui d'à côté... et beaucoup prennent des rendez-vous et ne les honorent pas, donc il faut faire du surbooking.» Une psychologue confie appeler au téléphone les nouveaux patients qui s'inscrivent sur l'application, pour éviter les annulations de dernière minute. Doctolib affirme au contraire que les rappels qu'il envoie par SMS ont réduit les oublis côté patient. Et, dans l'ensemble, les praticiens approuvent l'outil qu'ils peuvent configurer à leur guise, et qui complète souvent la prise de rendez-vous via leur secrétariat.

Le premier confinement de 2020 et la fermeture des cabinets médicaux ont également permis de tester l'agilité de la start-up. En un éclair, «il a fallu redéployer 200 personnes pour travailler sur la téléconsultation, qui explosait», se souvient Arthur Thirion. A la fois des équipes techniques, et du service après-vente pour apprendre aux médecins à apprivoiser l'outil, pour lequel 20.000 d'entre eux paient désormais 79 euros par mois. Ce virage express n'aurait pas été possible sans ses effectifs conséquents : 1.900 employés à ce jour et pas moins de 1.000 recrutements prévus pour l'année à venir. Dont des commerciaux : «Ils en ont 400 quand nous en avons 50», relève Jean-Louis Baudet, de KelDoc. Ces démarcheurs de cabinets sont d'ailleurs réputés pour leurs méthodes insistantes et restent soumis à une politique du chiffre soutenue.

Arthur Thirion assure «travailler chaque jour pour que les Doctolibers (surnom donné aux employés) soient heureux. Nous avons un turnover faible par rapport au marché». Des avis d'anciens salariés postés sur le site Glassdoor évoquent pour leur part une certaine «pression des chiffres», une «course aux résultats», quand un autre s'estime poussé «à harceler les praticiens» pour atteindre ses objectifs.

Une fois convertis, les médecins sont en tout cas choyés et écoutés par l'entreprise, une des clés de son succès. «Les médecins sont des clients très exigeants, ils sont engagés, pour beaucoup technophiles», a constaté Philippe Vimard, directeur des opérations et de la technologie passé par Expedia. La seule manière de les satisfaire est donc de les solliciter et de surveiller leur opinion comme le lait sur le feu. «Doctolib y consacre beaucoup d'efforts, avec un site où les médecins peuvent poser des questions ou donner des idées, animé par des community

managers, c'est très habile», note la consultante Arlette Petitjean, coauteure du livre «Santé et management» (Ed. Pearson).

La même méthode collaborative a été utilisée pour construire le nouveau logiciel de Doctolib, centré sur la gestion administrative du cabinet et le suivi des patients, un nouveau segment ultrastratégique sur lequel l'erreur n'était pas permise. Durant deux ans, les développeurs ont observé le fonctionnement de cabinets in situ et ont réuni régulièrement un groupe de praticiens autour d'un tableau blanc pour construire l'outil avec eux. «Cela a amené à un logiciel très différent de ce que des développeurs auraient fait seuls», conclut Philippe Vimard. Ce logiciel Doctolib Médecin, vendu 135 euros par mois, promet ainsi de leur faire gagner trois heures par semaine.

En allant sur le terrain du logiciel de gestion de cabinet, Doctolib s'attaque à des groupes historiques et imposants comme le français Cegedim (500 millions d'euros de chiffre d'affaires) ou l'allemand CompuGroup (750 millions d'euros). Stanislas Niox-Chateau a d'ailleurs pris l'habitude de se comparer aux géants de l'e-santé... manière de dire que son entreprise n'est encore qu'un Petit Poucet. «Sa dimension grand public la rend très visible, mais Doctolib n'est pas du tout en monopole: c'est un marché où il y a de très gros leaders», appuie Pierre Kosciusko-Morizet.

Une enquête de l'Autorité de la concurrence pour abus de position dominante sur le marché de la prise de rendez-vous est toutefois en cours, déclenchée à la suite d'une plainte déposée en 2019. Le sujet trouve de l'écho chez certains médecins, comme Thierry Lejeune, pédiatre près de Toulon, qui avait signé chez MonDocteur et s'est retrouvé client de Doctolib au moment du rachat de ce rival en 2018: «Pour moi, ils sont bien sûr dominants: ils ont fixé un prix un beau jour, sans possibilité de négocier.»

Les pouvoirs publics semblent également vouloir éviter de tout abandonner à l'appétit de la start-up. Comme l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont 32 établissements sont partenaires de Doctolib depuis 2016, mais qui développe en parallèle son propre portail patient. Cet outil permet la prise de rendez-vous ou l'accès aux documents médicaux et «a atteint cet été les 2 millions d'utilisateurs», nous indique l'AP-HP. Lequel portail constitue un pilote de Mon espace santé, la future plateforme que le gouvernement espère pouvoir lancer le 1er janvier prochain, contenant le dossier médical partagé amélioré, un agenda répertoriant les rendez-vous et examens, une messagerie permettant le partage de documents de façon sécurisée... «Ces nouveaux services et standards communs vont faciliter l'émergence de nouveaux acteurs», estime encore l'AP-HP.

Avec la montée en puissance de Doctolib, c'est la question sensible de la protection des données médicales qui est soulevée? C'est un reproche récurrent qui lui est fait: les données de ses utilisateurs sont certes stockées sur des serveurs basés en France et en Allemagne, mais appartenant à Amazon Web Services (AWS), filiale cloud de l'e-commerçant américain. De quoi faire peser des craintes sur la souveraineté de ces données sensibles. Le Cloud Act américain prévoit en effet un droit d'accès de l'Etat à toute donnée hébergée par AWS si l'intérêt national l'exige. Philippe Vimard, le directeur technique, assume le choix de ce partenaire: «Avec sa certification HDS (hébergeur de données de santé, une norme officielle) et ses dizaines de milliers d'ingénieurs, AWS est la meilleure solution sur le marché, et elle n'est pas européenne. Mais il n'est pas possible pour nous de faire de compromis sur la sécurité.»

Si son P-DG rappelle souvent que le risque zéro n'existe pas en matière de sécurité, Doctolib a mis en place de solides garde-fous. Toutes les données sont chiffrées grâce à des clés virtuelles de décodage, elles-mêmes hébergées chez un autre acteur qu'Amazon, le groupe français Atos. Quant aux documents partagés via l'application, ils sont eux aussi cryptés, grâce à la technologie d'une start-up française, Tanker. «Vous chargez votre ordonnance ou radio dans Doctolib, elle est chiffrée sur votre appareil, et seul le praticien pourra la déchiffrer», résume son fondateur, Clément Ravouna. Doctolib garantit enfin ne jamais utiliser ni monétiser ces données auprès de tiers, puisqu'elles lui sont par définition inaccessibles.

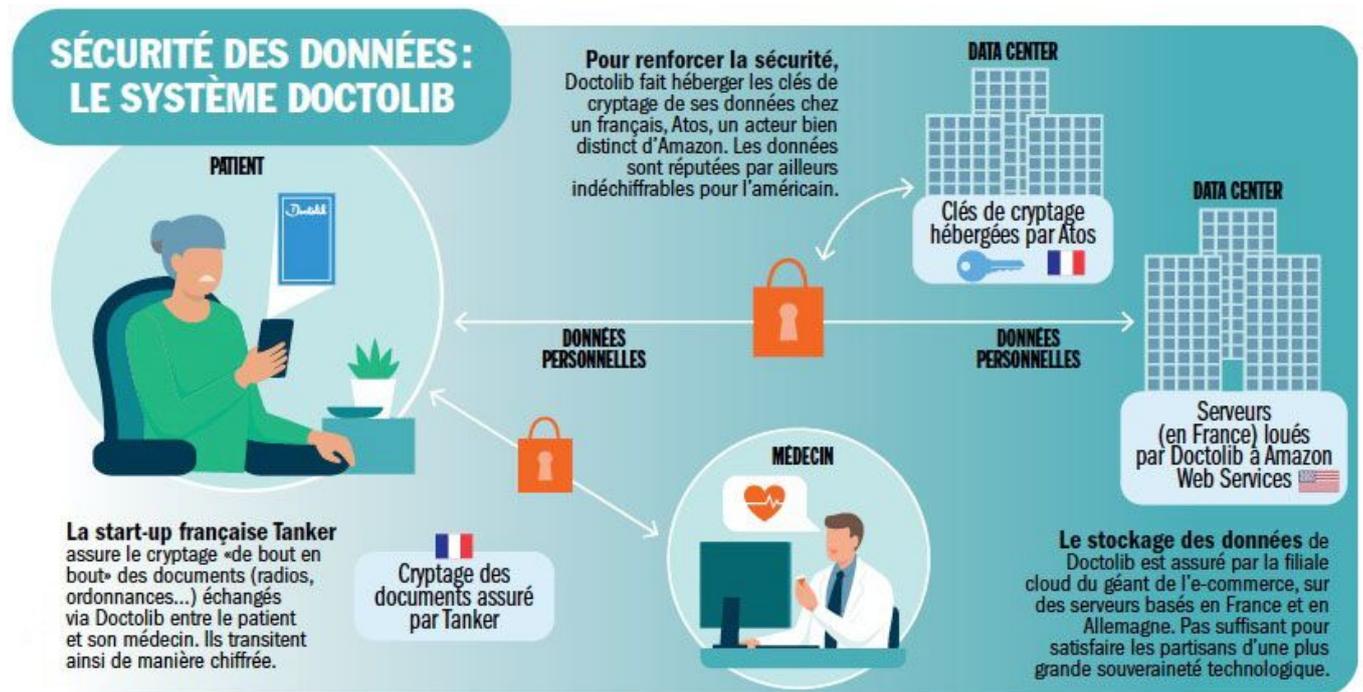
Reste une question sensible: qu'advierait-il si Google, Apple et autres Amazon, dont les ambitions dans la santé sont monumentales, venaient demain à mettre la main sur Doctolib? Un rachat hostile est impossible, l'entreprise n'est pas cotée. Et après avoir levé 150 millions d'euros en mars 2019, elle n'est pas en mal de liquidités. Le plus probable est que les Gafam déploient une solution comparable aux Etats-Unis, où le français n'est pas encore présent. Auquel cas, notre licorne fera plutôt figure d'agneau.

## **Sécurité des données : le système Doctolib**

**La start-up française Tanker** assure le cryptage «de bout en bout» des documents (radios, ordonnances...) échangés via Doctolib entre le patient et son médecin. Ils transitent ainsi de manière chiffrée.

**Pour renforcer la sécurité**, Doctolib fait héberger les clés de cryptage de ses données chez un français, Atos, un acteur bien distinct d'Amazon. Les données sont réputées par ailleurs indéchiffrables pour l'américain.

**Le stockage des données** de Doctolib est assuré par la filiale cloud du géant de l'e-commerce, sur des serveurs basés en France et en Allemagne. Pas suffisant pour satisfaire les partisans d'une plus grande souveraineté technologique.



### Les Gafam aussi s'intéressent de très près à l'e-santé

Et si les seuls concurrents de Doctolib, c'étaient eux ? Les géants technologiques américains se lancent avec ardeur dans l'e-santé. Apple a développé de nombreuses applications de santé pour sa montre connectée, qui mesure le rythme cardiaque. La division Google Health travaille également sur les données collectées par ses propres smartphones ou bracelets. Mais Amazon est peut-être le plus avancé. Aux Etats-Unis, outre la vente de médicaments en ligne, il livre à domicile des médicaments en sachets, façon pilulier, suite au rachat de la start-up PillPack. Avec Amazon Care, il investit également outre-Atlantique dans la télémédecine et les soins à domicile. Plus besoin d'aller à l'hôpital, il vient à vous...

Interrogé, Doctolib balaie l'idée de se lancer dans la livraison de médicaments. «Ce n'est pas le projet, nous n'avons pas vocation à fournir des soins», répond Arthur Thirion. Mais, pour la consultante Arlette Petitjean, «Doctolib pourrait aller par exemple vers l'aide à la prescription de médicaments, en se basant sur l'intelligence artificielle». La montre connectée Apple Watch permet notamment de surveiller le rythme cardiaque. L'assistant Alexa d'Amazon donne des infos sur la vaccination.

TIC Santé, 03/11/2021

## Covid-19 : plusieurs mesures dérogatoires pour la télémédecine en ville prolongées jusqu'au 31 décembre

PARIS (TICsanté) - Un décret publié le 30 octobre au Journal officiel prolonge une série de mesures dérogatoires pour la médecine de ville, et notamment les dérogations au respect du parcours de soins coordonnés pour les patients symptomatiques ou atteints du Covid-19 pour la facturation des actes de téléconsultation, pendant la période de sortie de l'état d'urgence sanitaire.

Ce décret aménage plusieurs mesures mises en œuvre depuis le début de la crise sanitaire en 2020, reprises début janvier pour couvrir la prolongation de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 1er juin et de nouveau modifiées pour tenir compte du régime transitoire applicable jusqu'au 31 décembre.

Sont notamment prolongées jusqu'au 31 décembre :

- Les dérogations au respect du parcours de soins coordonnés pour les patients symptomatiques ou atteints du Covid-19 pour la facturation des actes de téléconsultation ;
- Les dérogations au champ de prise en charge et de la limitation du nombre de télé-expertises annuel pour ces patients ;
- Les dérogations à la prise en charge des actes de télésoin réalisés par les infirmiers libéraux, sans nécessité des conditions de connaissance préalable du patient, avec la possibilité de les effectuer par simple téléphone si le patient ne dispose pas du matériel nécessaire à la vidéo transmission ;
- La possibilité dérogatoire pour l'assurance maladie d'établir un arrêt de travail après déclaration en ligne via le téléservice mis en place à cet effet par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- La suppression de la participation de l'assuré, de la participation forfaitaire et de la franchise pour la consultation pré vaccinale et les consultations de vaccination contre le Sars-CoV-2, pour les frais liés à l'injection du vaccin ainsi que pour les frais liés au renseignement des données dans le système d'information Vaccin Covid.

Plusieurs de ces mesures avaient déjà été prolongées jusqu'au 30 septembre, par un décret paru en juin, note-t-on.

(Journal officiel, mardi 2 novembre, texte 41)

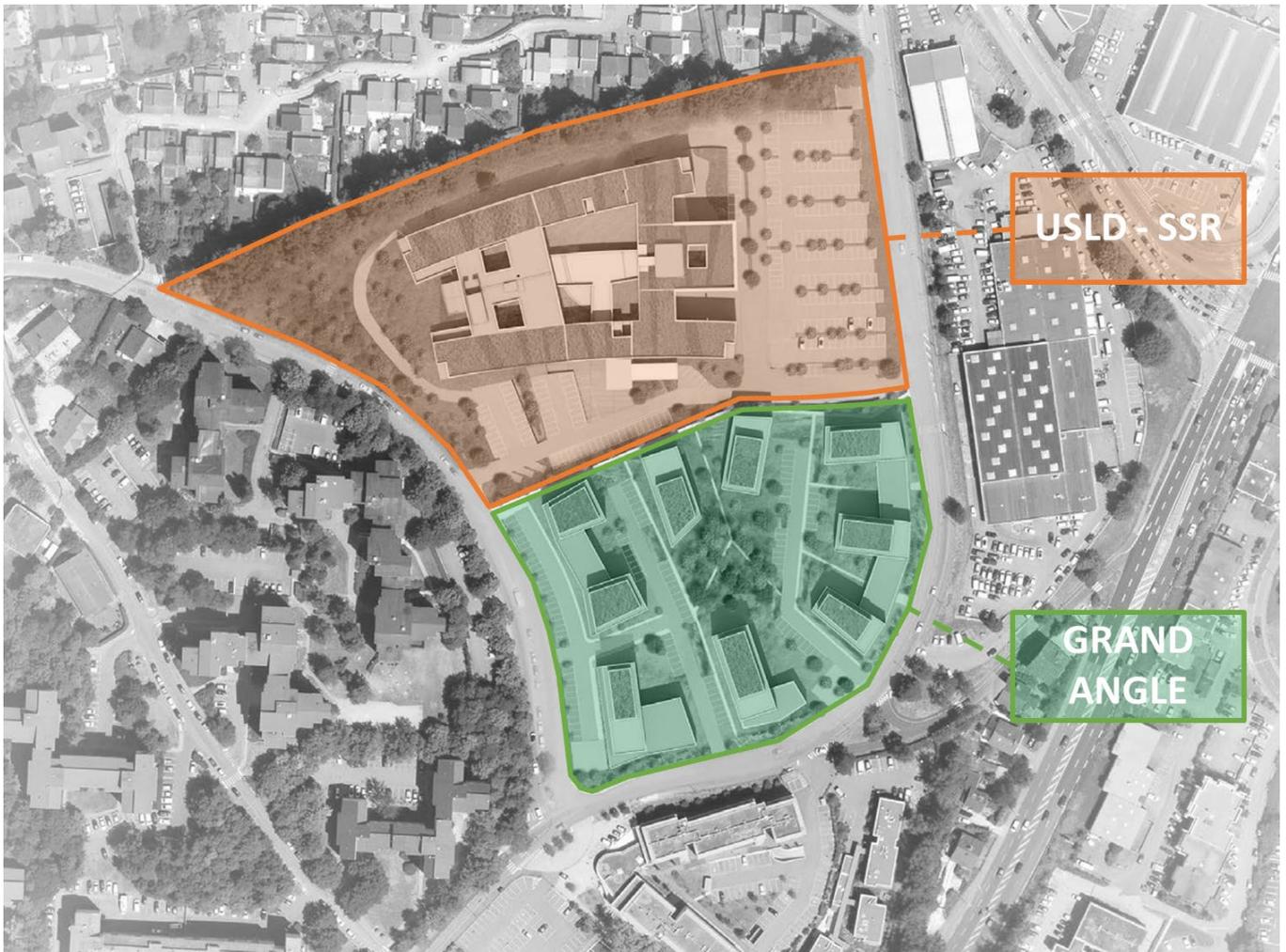
Aurelie Franc

## 4. Sagéo et ses partenaires

Sagéo, 05/11/2021

Sagéo : un nouveau pôle de santé de 550m<sup>2</sup> signé à Annecy Seynod (74)





Le Pôle sera connexe à un Centre Hospitalier de Services de Soins de Suite et Rééducation - SSR.  
Le Pôle comptera des Médecins Généralistes, Sage-femme, Centre de prévention et d'urgence, dentaire et prévention.  
Ouverture prévisionnelle premier trimestre 2023.

## **Pointgyn**

**Femme Actuelle, 04/11/2021**

### **Stimulation ovarienne : comment cela se déroule et quels sont les effets secondaires ?**

Ce traitement hormonal utilisé pour augmenter les chances d'avoir un enfant est utilisé seul, ou dans le cadre d'une insémination artificielle ou d'une fécondation in vitro (FIV). En pratique, comment se déroule ce traitement et quels sont les risques ? On fait le point à l'occasion de la journée de l'infertilité le 6 novembre.

Un couple sur cinq est touché par l'infertilité. La stimulation ovarienne fait partie des solutions qui peuvent être proposées aux couples ayant des difficultés à avoir un bébé. "*L'infertilité, c'est l'absence de conception après 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés*", rappelle le Dr Marc Even, gynécologue obstétricien à l'hôpital Foch et cofondateur des centres Pointgyn. Elle peut être d'origine féminine (troubles de l'ovulation, anomalie au niveau des trompes, endométriose, insuffisance ovarienne...), masculine (spermatozoïdes de mauvaise qualité,

insuffisance de production ou défaut de mobilité des spermatozoïdes), ou encore mixte. Dans 10% des cas, il n'existe pas de cause identifiée : on parle d'"infertilité idiopathique".

Première étape : après un interrogatoire, le médecin prescrit des examens complémentaires pour connaître l'origine de l'infertilité. Ce bilan de fertilité se fait au bout de 12 mois ou avant dans certains cas : si la femme a plus de 35 ans, en cas de troubles du cycle ou en cas de facteurs de risque d'infertilité (endométriose, antécédent de grossesse extra-utérine...) "*Ces examens sont indispensables, car il est illusoire de débiter une stimulation ovarienne si par exemple une trompe est bouchée*", met en garde le gynécologue. Le médecin vérifie la perméabilité des trompes grâce à une hystérosalpingographie (radio des trompes), la réserve ovarienne à l'aide d'une prise de sang et d'une échographie pelvienne. Chez l'homme, un spermogramme est réalisé afin d'évaluer les paramètres spermatiques.

### **La stimulation ovarienne simple, qui est concerné ?**

La stimulation ovarienne est la technique la plus simple. Elle se pratique au cabinet du gynécologue. Chez qui ? La stimulation ovarienne est proposée aux femmes présentant une infertilité idiopathique. En revanche, la stimulation ovarienne simple n'est pas adaptée pour les femmes qui ont des trompes bouchées, celles qui ont plus de 35 ans ou en cas d'insuffisance ovarienne précoce. "*La stimulation serait alors une perte de temps*", alerte le Dr Marc Even. Elle concerne également les femmes qui ont des troubles de l'ovulation : en raison d'un surpoids, d'une obésité ou encore les femmes qui souffrent d'un syndrome des ovaires polykystiques. Cette pathologie concerne 10% de la population. Ses caractéristiques : les femmes ont un excès de follicules immatures. Ce syndrome peut se traduire par une hyperandrogénie (acné, hyperpilosité, chute de cheveux...).

### **Le déroulement du traitement**

La stimulation ovarienne consiste à stimuler les ovaires afin d'obtenir la maturation d'un ou deux follicules, sorte de petits sacs qui contiennent un liquide folliculaire où se trouve l'ovocyte. Il existe plusieurs types de traitement :

- **Le citrate de clomifène (inducteur de l'ovulation)**. Il est surtout utilisé en cas de troubles de l'ovulation, notamment dans le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Il s'agit d'un comprimé, à prendre pendant 5 jours à partir du 2ème jour des règles.

- **Des injections sous-cutanée d'hormones de gonadotrophines (FSH, LH...)**, pendant 10 à 15 jours (Gonal ®, Menopur ®...).

Pour ces deux traitements, l'ovulation est contrôlée par des monitorages réguliers : 2 à 3 échographies et des dosages hormonaux. L'objectif est de contrôler la taille des follicules vérifier la présence d'un ou deux follicules matures. S'il y en a davantage, le traitement est annulé pour éviter les risques de grossesse multiple. La surveillance permet également de suivre le processus d'ovulation. "*Il faut vérifier qu'on ne passe pas à côté d'une ovulation*", explique le Dr Marc Even. "*Car autant les spermatozoïdes survivent entre 48h et 72h dans le vagin, autant l'ovule n'a une durée de vie que de 12 à 24h*".

Après la stimulation, une injection sous-cutanée d'hormones pour déclencher l'ovulation (Ovitrelle ®) est réalisée, afin de libérer l'ovocyte mature. Les rapports sexuels sont alors programmés 36 heures après le déclenchement de l'ovulation. "*Il n'y a pas d'indication à être abstinent les jours précédents le rapport. Il peut y avoir plusieurs rapports dans la journée.*" précise le spécialiste.

### **Combien de cycles ?**

La stimulation ovarienne peut être effectuée pendant 3 à 6 cycles, en fonction de l'âge de la patiente. "*A 25 ans, on peut aller jusqu'à 6 cycles. Mais après 32 ans, on pourra n'en faire que 3 pour ne pas perdre de temps. En effet il existe une altération de la réserve ovarienne après 35 ans et les femmes ne sont pas toujours très bien informées*", explique le gynécologue.

### **L'insémination artificielle**

Une insémination artificielle peut être proposée, en cas d'échec de la stimulation ovarienne simple, ou encore en cas d'anomalie modérée au niveau du sperme. Dans ce cas, le traitement de stimulation ovarienne est similaire : des injections sous-cutanées de gonadotrophines pendant 10 à 15 jours, contrôlées par des prises de sang et des échographies.

La différence avec le protocole précédent : 36 heures après le déclenchement de l'ovulation, le conjoint se rend au laboratoire pour un recueil de sperme. Le sperme est préparé et replacé directement dans l'utérus. "*La fécondation*

*se fait naturellement, on facilite la rencontre entre spermatozoïdes et ovocyte,*"explique le dr Marc Even. C'est un geste indolore, sans anesthésie qui peut se faire au cabinet du gynécologue.

La fécondation in vitro (FIV)

Elle est utilisée en cas d'échec des traitements précédents. Elle peut aussi être réalisée en première intention en cas d'infertilité d'origine tubaire (trompes bouchées...). Cette cause d'infertilité est souvent due à une infection génitale (chlamydia, infection sexuellement transmissible fréquente souvent « silencieuse). La FIV est également proposée en cas d'anomalie spermatique sévère, ou en cas de réserve ovarienne altérée.

### **Déroulement de la FIV**

La stimulation ovarienne est réalisée avec des doses d'hormones beaucoup plus élevées que dans les deux protocoles précédents (entre 3 et 8 fois plus). *"Dans la stimulation simple ou l'insémination, on cherche à avoir un ou deux follicules matures. Pour la FIV, on cherche à ponctionner un maximum de follicules matures"*, explique le gynécologue.

La stimulation se déroule également sur 10 à 15 jours avec des injections de gonadotrophines FSH ou FSH-LH en sous-cutanées. La surveillance est réalisée par des dosages hormonaux et des échographies plus fréquentes (entre 3 et 5 au lieu de 2 à 3 pour la stimulation simple). 3 à 4 follicules matures sont nécessaires pour déclencher une ovulation, grâce à une injection d'hormones (Ovitrelle®).

36 heures après le déclenchement de l'ovulation, la ponction d'ovocytes est réalisée sous anesthésie générale (15-20 min). Le jour de la ponction, le conjoint effectue un recueil de sperme. Il existe deux techniques. Dans une FIV classique, les spermatozoïdes sont mis en contact directement avec les ovocytes au laboratoire (dans des milieux de culture). Pour la FIV-ICSI, le spermatozoïde est injecté directement dans l'ovule. Le développement embryonnaire se fait en laboratoire pendant 2 à 5 jours, puis l'embryon est réintroduit dans l'utérus. Le transfert de l'embryon se fait sans anesthésie.

### **Les effets secondaires de la stimulation ovarienne**

*"Le traitement est plutôt bien toléré"*, explique le Dr Marc Even. *"En général, on démarre avec de faibles doses, qui sont réévaluées en fonction des contrôles"*. Quelques effets secondaires peuvent apparaître : des douleurs au point d'injection, des maux de tête, des nausées ou des douleurs abdominales liées aux ovaires qui augmentent de volume.

Dans le cas d'une FIV, il peut y avoir un risque d'hyperstimulation ovarienne. Cela résulte d'une réponse folliculaire trop importante lors de la stimulation. *« Aujourd'hui, les protocoles sont choisis pour diminuer ces risques "*, précise le spécialiste. L'hyperstimulation se traduit par des douleurs abdominales, une gêne respiratoire et une augmentation du volume de l'abdomen.

Autre risque : celui d'une grossesse multiple. C'est pourquoi la stimulation ovarienne est très surveillée par de nombreuses échographies. Au-delà de 2 follicules dans le cadre d'une stimulation ovarienne simple ou d'une insémination artificielle, l'ovulation n'est pas déclenchée. *"Pour la FIV, on privilégie le transfert d'un seul embryon lors de la première tentative, pour les patientes de moins de 37 ans. Car les grossesses gémellaires sont des grossesses à risque qui peuvent entraîner des complications (hypertension, diabète gestationnel, retard de croissance, prématurité...)"*, prévient le Dr Marc Even.

### **Les contre-indications**

Il existe des contre-indications à la FIV. Les femmes atteintes d'un cancer du sein ne peuvent en bénéficier. Pour les femmes âgées de plus de 38 ans, une échographie mammaire est demandée avant de démarrer le protocole pour vérifier l'absence de lésion. La stimulation ovarienne ne peut pas être réalisée en cas de poussée de maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, lupus).

**Pour en savoir plus** : Journée de l'infertilité le 6 novembre. Des conférences de spécialistes pour comprendre les différents parcours, connaître les solutions, et les innovations, avec le collectif BAMP et Magicmaman.

Pour s'inscrire : [www.magicmaman.com/infertilitetousconcernes](http://www.magicmaman.com/infertilitetousconcernes)

**Journée de  
L'INFERTILITÉ**  
avec notre marraine  
**Ingrid Chauvin**

8<sup>e</sup> édition



**BAMP**  
COLLECTIF  
**magicmaman**

**AU PROGRAMME :**

- L'infertilité aujourd'hui
- Parcours et accompagnements
- Solutions et innovations
- La fertilité à l'épreuve de l'âge
- Sensibiliser et mobiliser

Pour participer, inscrivez-vous sur  
[www.magicmaman.com/infertilitetousconcernes](http://www.magicmaman.com/infertilitetousconcernes)

**#infertilitetousconcernes**



en partenariat avec  
**MERCK**