



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 84 - mars - avril 2023

CAHIER **Mon
exercice**
• TOXINE BOTULIQUE
• MODÈLE
D'INFORMATION
PRÉOCCUPANTE
• L'EXAMEN PELVIEN
P. 21

LE POINT SUR

**Démographie
médicale : quelles
évolutions ?**

P. 8

RÉFLEXIONS

**L'infertilité, une réalité
pour de plus en plus
de couples**

P. 12

**Entendre
la voix
des médecins**

P. 16



VU SUR LE WEB



WEBZINE « ÉTHIQUE MÉDICALE »

(Re)découvrez le dernier webzine de l'Ordre, sur le sujet de l'éthique médicale face aux évolutions de la société. Au sommaire, notamment : l'intervention de Jean-Claude Ameisen, qui revient sur le rôle du Comité consultatif national d'éthique, une interview croisée sur l'origine de la clause de conscience spécifique et les conditions de son application, et un reportage au sein d'une unité cognitivo-comportementale, créée dans le cadre du plan Alzheimer.

Un questionnaire en prévision des Assises de la pédiatrie



Les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, annoncées en décembre 2022 par le ministre de la Santé, se tiendront ce printemps. Elles doivent permettre une réflexion transversale et globale sur la santé des enfants, et aboutir à une feuille de route avant l'été. Six axes de travail, centrés sur les besoins de l'enfant, ont été définis afin de préparer et nourrir cette feuille de route. Les médecins ont été invités à donner leur avis et à formuler des propositions via un questionnaire en ligne.

DYSTHYROÏDIES : BONNES PRATIQUES DE LA HAS

Après avoir publié des travaux sur les maladies thyroïdiennes, la Haute Autorité de santé (HAS) met à la disposition des professionnels de santé un socle complet de recommandations pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie. Ces recommandations s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé qui suivent ces patients, notamment les médecins généralistes et les endocrinologues.



#Manifestation

Le président de l'Ordre était présent hier aux côtés des milliers de médecins grévistes pour interpellier sur le risque de désorganisation de l'accès aux soins et le contournement du rôle de médecin.

https://twitter.com/ordre_medecins/status/1625851868823056385



@ordre_medecins • 15 février 2023

#LutteViolences

Pour soutenir la lutte contre les violences faites aux femmes et l'élargir à toutes formes de violences, « nous avons constitué, au sein de chaque conseil départemental de l'Ordre, une commission Vigilance-Violences-Sécurité (VVS) ». Retrouvez l'ITW de @GlavianoMP dans @EgoralInfo https://twitter.com/ordre_medecins/status/1634142105604857856



@ordre_medecins • Mars 23



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web : conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : @ordre_medecins

par mail : conseil.national@ordre.medecin.fr

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon-Jost / 75 855 cedex 17

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre sur :

conseil-national.medecin.fr

Directeur de la publication : Dr Pierre Maurice - Ordre des Médecins, 4, rue Léon-Jost, 75 855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil.national@ordre.medecin.fr - Rédacteur en chef : Dr Stéphane Oustric - Rédacteur en chef adjoint : Dr Jean-Marcel Mourgues - Coordination : Isabelle Marinier - Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris - Responsable d'édition : Eva Jednak - Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Nathalie Wegener - Secrétaire de rédaction : Alexandra Roy - Fabrication : Sylvie Esquer - Couverture : Gettyimages - Impression : Imprimerie Vincent, 32, avenue Thérèse Voisin, 37000 Tours - Dépôt légal : à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



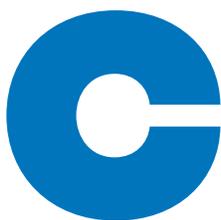
Imprimé sur du papier recyclé

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au RGPD, les personnes concernées disposent de droits concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer par courrier ou courriel.



Dr François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



Chers confrères,

Les semaines passent et notre profession reste confrontée aux mêmes difficultés, aux mêmes incertitudes. Le débat parlementaire, à l'heure où nous rédigeons ce bulletin, n'est pas encore tranché définitivement, même si nous gardons l'espoir d'être entendus. Notre ambition, nous médecins, est, dans ce contexte démographique défavorable, de garantir la sécurité et la qualité des soins à l'ensemble de la population. C'est un droit pour chaque patient de pouvoir consulter un médecin si son état le nécessite, mais c'est de la même façon un devoir pour les médecins de tout faire pour ne pas laisser des patients en dehors du parcours de soins, en particulier les patients en ALD sans médecin traitant.

Notre mission auprès de la population, dans ce contexte, passe obligatoirement par une meilleure organisation territoriale des soins coordonnée par le médecin. Nous le réaffirmons sans cesse, comme nous insistons sur le partenariat indispensable avec les autres professionnels de santé. C'est pour moi l'occasion d'affirmer et de souligner leurs grandes compétences. Elles doivent être mises au service des patients et ainsi permettre de mieux organiser ensemble notre temps de travail et notre disponibilité pour les malades.

Les derniers mois ont vu les relations entre les professionnels de santé se tendre, se dégrader. Ceci n'est pas souhaitable. C'est pourquoi j'invite tous les médecins, comme c'est déjà très souvent le cas, à garder leur estime et leur considération pour toutes les autres professions qui ont la charge, comme nous, des patients. Leur rôle est tout aussi essentiel que le nôtre.

Après le diagnostic et les choix thérapeutiques qui reviennent aux médecins, nous devons prendre en charge collectivement, selon nos compétences et de façon coordonnée au sein de l'équipe de soins, la santé de la population. Ce collectif sera également précieux à l'heure de la discussion sociétale de la loi sur la fin de vie.



POSITION DE L'ORDRE

Fin de vie et rôle du médecin

Le 1^{er} avril, lors de son Assemblée générale, l'Ordre national des médecins a présenté les résultats de sa consultation sur la fin de vie. Depuis neuf mois, l'ensemble des conseils départementaux et régionaux se sont penchés sur cette question.

Cette consultation a débuté en juin 2022 avec un questionnaire adressé aux conseils départementaux et régionaux. Lors du séminaire du Conseil national sur la fin de vie en novembre, ces résultats ont nourri les débats. Après un premier travail de rédaction coordonnée par la section Éthique et déontologie, des auditions d'organisations extérieures et des sociétés savantes sur les soins palliatifs ont été réalisées pour approfondir le sujet.

Fin de vie et rôle du médecin

L'Ordre des médecins souhaite aujourd'hui s'exprimer en amont d'une éventuelle modification de la loi sur la fin de vie, et ainsi respecter un calendrier annoncé. L'Ordre s'exprime donc sur la loi Claeys-Leonetti dans sa rédaction actuelle et sur le rôle et la place du médecin dans l'hypothèse où une loi relative au suicide assisté et/ou à l'euthanasie serait déposée au Parlement.

L'Ordre est défavorable à toute possibilité de mettre en place une procédure d'aide active à mourir pour les mineurs et les personnes hors d'état de manifester leur volonté.

L'Ordre des médecins estime impératif de permettre une meilleure application de la loi Claeys-Leonetti et nécessaire de se doter de tous les moyens qui permettraient à la loi d'être pleinement effective : rendre efficaces les dispositifs dans les établissements médicaux, médico-sociaux et à domicile sur l'ensemble du territoire, faciliter l'accompagnement médical et médico-social du patient en fin de vie et de sa famille, favoriser la formation des professionnels de santé et des paramédicaux, libérer du temps pour les médecins traitants pour l'accompagnement de leurs patients, promouvoir une meilleure connaissance des médecins sur la prise en charge des patients en fin de vie. À cet effet, l'Ordre des médecins contribuera au développement des soins palliatifs et d'accompagnement et de la connaissance de la réglementation actuelle.

Si la loi vient à changer vers une légalisation d'une aide active à mourir (euthanasie et/ou suicide assisté), l'Ordre des médecins entend faire valoir dès à présent qu'il sera défavorable à la participation d'un médecin

à un processus qui mènerait à une euthanasie, le médecin ne pouvant provoquer délibérément la mort par l'administration d'un produit létal.

Dans l'hypothèse d'une légalisation du suicide assisté, l'Ordre des médecins entend formuler des exigences quant au rôle et à la place du médecin.

Ainsi, l'Ordre :

- **Revendiquerait une clause de conscience spécifique qui garantirait l'indépendance du médecin**, y compris en établissement de santé, et qui pourrait être mise en exergue à tout moment de la procédure. Le médecin devrait pouvoir continuer à suivre le patient, même après avoir fait valoir cette clause. Si le médecin ne souhaitait plus prendre en charge son patient, il devrait l'adresser vers un médecin susceptible d'assurer sa prise en charge ;
- **Estime qu'un médecin devrait être le professionnel qui recueille la demande d'aide active à mourir du patient en fin de vie**. Ce médecin devrait être le médecin traitant/référent (médecin spécialiste en médecine générale ou médecin spécialiste prenant en charge la pathologie) s'il ne faisait pas valoir sa clause de conscience ;
- **Estime que l'évaluation, la décision d'éligibilité pour une aide active à mourir et la responsabilité devraient être collégiales ;**
- **Estime que dans le collège ainsi constitué, le médecin spécialiste en médecine générale traitant et le médecin spécialiste référent devraient en être systématiquement membres** s'ils ne faisaient pas valoir leur clause de conscience ; dans ce dernier cas, leur avis sera demandé ;
- **Préconise que le médecin spécialiste en médecine générale traitant fasse partie de l'ensemble de la procédure**, sauf s'il faisait valoir sa clause de conscience ;
- **Est défavorable à la participation active du médecin lors de la prise du produit létal par le patient**. Cependant, l'Ordre des médecins estime que le médecin qui n'aurait pas fait valoir sa clause de conscience pourrait rester présent et accompagner son patient jusqu'à ses derniers instants¹ ;
- **Estime que la loi devra protéger le médecin qui participerait à la procédure d'une aide active à mourir**.

1. Article 38 du code de déontologie médicale : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

PRISE DE PAROLE

Communiqué sur l'intérim médical

L'actualité porte une fois encore sur les tensions très fortes de notre système de santé et les difficultés de l'accès et de la continuité des soins.

L'encadrement, à compter du 3 avril 2023, des rémunérations de l'intérim médical avec un plafonnement de la rémunération de ces médecins intérimaires dans les hôpitaux publics, en application de l'article 33 de la «loi Rist» du 26 avril 2021, suscite émoi et fortes inquiétudes. L'Ordre tient à rappeler l'engagement remarquable des médecins hospitaliers à la tenue de la permanence et de la continuité des soins, dans un contexte d'altération durable et forte de

notre système de santé. Si la place des médecins intérimaires s'est révélée nécessaire au maintien des exigences de sécurité des hôpitaux publics et parfois même à celui du maintien des activités hospitalières, il n'en demeure pas moins que certaines pratiques excessives de rémunération ont pu s'installer dans un contexte de fortes disparités territoriales d'attractivité et de concurrence entre établissements de santé. Ces pratiques n'ont déontologiquement plus lieu d'être. L'Ordre ne peut qu'appeler les médecins intérimaires et l'administration hospitalière à respecter le tact et la mesure dans

les rémunérations sollicitées auprès des établissements de santé et à honorer leur part de service public, en respectant en particulier les engagements déjà contractualisés. Mais l'Ordre appelle vivement, dans le même temps, les pouvoirs publics à renforcer sans délai le dialogue pour travailler sur la nécessaire reconquête de l'attractivité des carrières hospitalières et l'amélioration de l'équité entre les statuts et les contrats des médecins en exercice dans les hôpitaux.

+ D'INFOS

Pour lire le communiqué de presse au complet, cliquez ici.

PRISE DE PAROLE

Signature d'un partenariat Cnom-Cnil

Le 3 février, le Cnom et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) ont signé une convention de partenariat réaffirmant leur engagement commun pour la protection des données de santé.

La signature de cette convention de partenariat par la présidente de la Cnil, Marie-Laure Denis, et le président du Cnom, le Dr François Arnault, concrétise une collaboration régulière et nécessaire. Les échanges entre les deux institutions sont en effet essentiels pour la protection des données de santé, données sensibles, dans un contexte où, d'une part, les professionnels de santé collectent de plus en plus de données personnelles et, d'autre part, le nombre d'établissements de santé victimes de cyberattaques croît sensiblement.

La Cnil conseillera le Cnom dans ses actions d'accompagnement des professionnels de santé, notamment dans la diffusion des bonnes pratiques en matière de protection des données de santé auprès des médecins en région. Le Cnom partagera son expertise précieuse pour l'élaboration des



référentiels du secteur santé, comme celui dédié à la gestion des cabinets médicaux publié en 2020.

Cette convention de partenariat contribuera également à une plus grande sensibilisation à la protection des données de santé avec pour objectifs :

- la coproduction de fiches pratiques, d'affiches et de guides;
- la mise à jour du guide Cnom-Cnil à destination des médecins;
- l'organisation de présentations et d'événements communs, comme un rendez-vous annuel à destination des professionnels de santé et des patients.

ÉLECTIONS

Résultat de l'élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale du 30 mars 2023

Le Dr Jean-François GRAVIE a été élu suppléant au collège externe.



CARNET NOIR

Hommage au Pr Robert Nicodème



Le Cnom partage la tristesse des proches du Pr Robert Nicodème, décédé à la fin du mois de février 2023. Ancien médecin généraliste et professeur de médecine générale à l'université de Toulouse III, le Pr Nicodème était engagé au sein de l'institution depuis 1984, d'abord en tant que conseiller départemental puis président du Conseil départemental de l'Ordre de la Haute-Garonne. Élu au Conseil national en 2007, il avait présidé jusqu'à juin 2022 la section Formation et compétences médicales. En parallèle, il était engagé dans la vie politique, et avait occupé plusieurs années le poste d'adjoint au maire

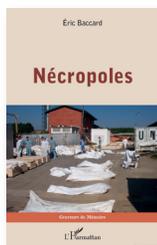
de sa commune, Saint-Pierre-de-Lages. L'ensemble du Cnom salue un médecin engagé auprès de la profession et de ses patients.

CULTURE



La prescription du...

DR PHILIPPE CATHALA, délégué général aux affaires européennes et internationales



Nécropoles, d'Éric Baccard

Le Dr Éric Baccard, médecin légiste, retrace dans un livre-témoignage captivant une carrière entière vouée au service des victimes et de la justice, en particulier internationale. Il nous replonge dans l'enfer d'affaires hors normes, et désormais jugées, sur lesquelles il est intervenu en France,

que ce soit le massacre du Temple Solaire, l'affaire Flactif au Grand-Bornand ou l'incendie du tunnel du Mont-Blanc, et nous initie, entre autres, à l'exercice singulier, mais complexe, de l'identification des corps. Il évoque aussi, dans son ouvrage de 420 pages, la genèse de son engagement international, qui l'a conduit à parcourir la planète, notamment dans les Balkans et en Afrique subsaharienne, sollicité par différentes autorités judiciaires internationales pour apporter son expertise puis son témoignage sur les horreurs et les pires abominations que l'homme peut infliger à l'homme.

Dans un style direct, il nous raconte avec une précision chirurgicale la fouille de plusieurs charniers en ex-Yougoslavie ou en Centrafrique, le procès de Slobodan Milosevic, la création d'une morgue de fortune dans une usine de climatiseurs au Kosovo (qui recevra 1400 corps à expertiser), l'examen des preuves

biologiques qui furent produites lors du procès de Nuremberg à la demande de la Cour internationale de justice, inquiète de leur préservation (notamment ce qui a été présenté comme du savon fait avec de la graisse humaine). Il détaille encore ses interventions sur de multiples théâtres de crimes de guerre, de violations des droits de l'homme, de massacres de civils, de viols collectifs et autres atrocités, en RDC, en Ouganda, au Kenya, au Darfour, au Mali, en Côte d'Ivoire, et quand il y en a eu, les témoignages judiciaires qui se sont ensuivis.

Son expérience – notamment au bureau du procureur du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et comme médecin légiste en chef pour le Kosovo – lui a valu d'être sollicité en 2004 par la Cour pénale internationale afin de créer puis de développer les ressources de police scientifique et de médecine légale au sein du bureau de la Cour chargé de la preuve scientifique.

Un livre passionnant et un témoignage médical pour l'histoire!

Nécropoles
Éric Baccard
Éditions L'Harmattan



Une coopération solide entre instances médicales européennes

Le début d'année a été riche en rencontres, pour la Délégation aux affaires européennes et internationales. Retour sur trois d'entre elles.



DR PHILIPPE CATHALA,
délégué général aux
affaires européennes et
internationales

ESPAGNE



Face à une augmentation de la violence à l'encontre des médecins et des professionnels de santé partout en Europe, les Ordres européens se sont rejoints pour tenter de mener un combat commun contre ce fléau. À l'occasion de la Journée européenne de lutte contre la violence à l'encontre des médecins, une réunion spéciale organisée par l'Ordre des médecins espagnol s'est tenue à Madrid, avec le Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM). Le Dr Cathala y a présenté les résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité. Les Ordres espagnol, italien, portugais et belge ont également fait part de leurs résultats. L'idée de créer un formulaire de report des violences commun a été évoquée.

PAYS-BAS



Une rencontre bilatérale a eu lieu entre le Dr René Heman, président de l'Association médicale royale néerlandaise (KNMG), et plusieurs membres du Cnom : le Dr François Arnault, le Dr Philippe Cathala et plusieurs présidents de section. L'occasion de renforcer les liens entre le Cnom et l'un de ses proches partenaires européens. La KNMG est l'organisation professionnelle des médecins néerlandais, équivalent de l'Ordre français dans le pays. Créée en 1870, elle soutient plus de 65 000 médecins et étudiants en médecine du pays. Cette rencontre a permis d'échanger sur l'actualité des deux ordres et sur les dossiers européens en cours. La discussion a également porté sur l'organisation des parcours de soins dans les deux pays, avec notamment la présentation de la vision et de la réserve du Cnom au sujet du projet de loi Rist.

CROATIE



À l'occasion de l'Assemblée Générale du Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) qui s'est tenue les 24 et 25 mars, une conférence a été organisée sur la mise en œuvre pratique du projet d'Espace Européen des Données de Santé et plus précisément sur l'utilisation primaire de ces données. Cette réunion a permis aux médecins européens présents d'échanger avec les acteurs clé de ce projet au niveau européen, parmi lesquels le rapporteur à la commission Environnement et Santé Publique du Parlement européen, Tomislav Sokol, qui a fait le point sur les négociations en cours et Isabelle Zablitz-Schmitz, directrice des projets Europe & International à la Délégation ministérielle au Numérique en Santé. Elle a notamment expliqué comment les données nationales, comme celles de Mon espace Santé, seront introduites dans l'infrastructure européenne MyHealth@EU qui avec le projet EHDS, deviendra obligatoire.

PROFESSION

Démographie médicale : quelles évolutions ?

Grâce aux données issues du tableau, l'Ordre des médecins possède une expertise unique pour analyser la démographie médicale en France. Focus sur les évolutions, passées et à venir sur notre territoire.



DR JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président
du Cnom



Au 1^{er} janvier 2023, sont dénombrés **234 028 médecins en activité, régulière ou intermittente**, dont les retraités poursuivant une activité, soit une augmentation de 8,5 % depuis 2010. Paradoxalement, jamais la France n'a donc eu autant de médecins ! En 2023, les seuls médecins poursuivant une activité régulière sont en revanche en très légère baisse depuis 2010 (-1,3 %).

Plus de femmes en activité régulière

Les femmes sont à présent majoritaires, en droite ligne de la féminisation des études médicales. Au 1^{er} janvier 2023, ce sont 100 928 femmes et 96 489 hommes qui sont inscrits comme médecins en activité régulière. Le taux de féminisation passe ainsi de 40 % en 2010 à 51,1 % en 2023, soit une augmentation de 10,1 points en 13 ans. Plus marquant encore : l'effectif des femmes médecins en activité régulière a augmenté de 26 % entre 2010 et 2013, tandis que celui des hommes a diminué de 19,6 % dans le même laps de temps.

En ce qui concerne l'âge, en moyenne, les médecins en activité sont âgés de 48,6 ans. La proportion des médecins de moins de 40 ans est de 29,8 % et celle des médecins de 60 ans et plus est de 24,0 %. Le rajeunissement est désormais à l'œuvre.

Balance des entrants et des sortants de l'activité régulière

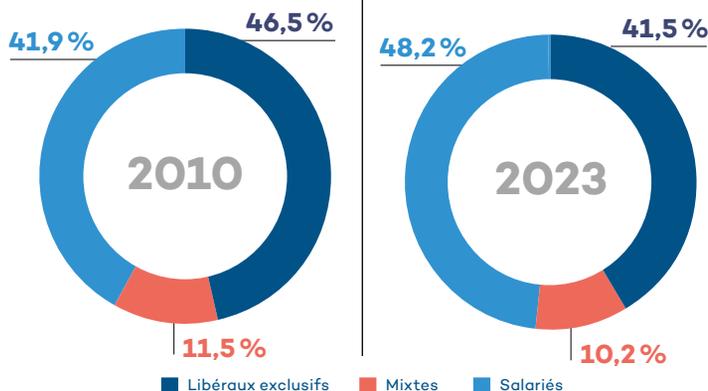
Entre le 1^{er} janvier 2022 et le 1^{er} janvier 2023, la balance des actifs réguliers apparaît négative, - 394 médecins toutes spécialités confondues. Pour les médecins sortants, les motifs de sortie de l'activité régulière concernent notamment le départ à la retraite, avec ou sans continuité d'activité médicale. Effectivement, au cours de l'année 2023, 59 % des médecins sortants d'activité régulière sortent pour retraite sans activité médicale ou pour un cumul emploi-retraite.

+ D'INFOS

La page « Démographie médicale » du site de l'Ordre

Au 1^{er} janvier 2023

En 13 ans, l'activité salariée a détrôné l'activité libérale.



Mais le mode d'exercice varie particulièrement selon la spécialité. Parmi les médecins en activité régulière :

LIBÉRAUX

56,3 % : Médecins généralistes
27,3 % : Médecins spécialistes médicaux
43,4 % : Médecins spécialistes chirurgicaux

SALARIÉS

37,3 % : Médecins généralistes
61,9 % : Médecins spécialistes médicaux
35,3 % : Médecins spécialistes chirurgicaux

Spécialités : des contrastes importants

20 spécialités présentent des balances négatives, entre entrants et sortants. Les plus touchées, en 2022 :

MÉDECINE GÉNÉRALE
-1 146 médecins



CHIRURGIE GÉNÉRALE
-328 médecins



OPHTALMOLOGIE
-119 médecins



Les **33** autres spécialités présentent des balances positives. Les plus excédentaires, en 2022 :

GÉRIATRIE
+214 médecins



CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
 ET TRAUMATOLOGIQUE
+93 médecins



NEUROLOGIE
+88 médecins



60 474
médecins généralistes

de premier recours au 1^{er} janvier 2023

5,5 %
 3363 salariés

9,5 %
 5749 mixte

85 %
 51362 libéraux



51,1 ans > **ÂGE MOYEN**
 (CONTRE 51,9 ANS
 EN 2010)

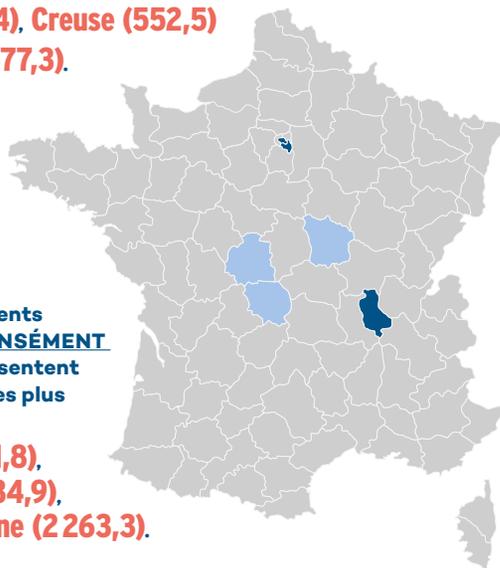
Les inégalités territoriales

Les départements présentant les densités médicales **LES PLUS FAIBLES** en termes de nombre de médecins en activité régulière pour 100 000 habitants de 65 ans et plus :

Indre (531,4), Creuse (552,5)
 et **Nièvre (577,3).**

À l'inverse, les départements **LES PLUS DENSÉMENT PEUPLÉS** présentent les densités les plus fortes :

Paris (4 071,8),
Rhône (2 434,9),
Val-de-Marne (2 263,3).





DES SPÉCIALISTES À LA RENCONTRE DES HABITANTS

Texte : Aude Borel | Photos : Julian Renard

Dans l'Aisne, le dispositif des « consultations avancées » vient étoffer l'offre de soins et apporte une solution concrète pour remédier au déficit de médecins spécialistes dans ce bassin de vie rural de 30 000 habitants.

9 heures. Le D^r Vlad Marc, urologue, accueille son premier patient à la Maison de santé pluridisciplinaire de Montmirail, petite commune de 3500 habitants située à l'intersection de l'Aisne et de la Marne. Ce dernier lui a été adressé par son médecin traitant : « Sur ma commune, tous les médecins sont débordés. Je viens ici pour tous mes rendez-vous médicaux. » Face à la désertification médicale du département de l'Aisne, le Centre hospitalier (CH) de Château-Thierry a lancé en 2018 un dispositif baptisé « consultations avancées ». À raison d'une ou deux fois par mois, douze médecins assurent des permanences au sein des maisons de santé du territoire. Orthopédie, chirurgie digestive, pneumologie, ophtalmologie, gynécologie : cinq spécialités en tension sont représentées. Tous sont salariés du CH de Château-Thierry, situé dans un rayon de 25 kilomètres. Lancé à Montmirail, le dispositif s'est étendu à Fère-en-Tardenois, en 2019. « Ces consultations avancées permettent aux spécialistes d'aller au plus proche des populations isolées et précaires », indique le D^r Michel Fiani, président de la commission médicale d'établissement du CH de Château-Thierry. Le D^r Marc trouve dans cette initiative une réponse à sa vocation : « J'ai fait médecine pour aider les malades. C'est le rôle du médecin de se rapprocher de l'endroit où il y a une nécessité de soins. »

Ouvrir l'hôpital vers la ville

Dans ces cantons à faible densité médicale, l'absence de transports en commun pénalise les malades. « De nombreux patients ne sont pas en possession du permis de conduire ou en incapacité de se déplacer », témoigne le

D^r Charles Goddaert, médecin généraliste en poste à Fère-en-Tardenois. En cinq ans, le dispositif a déjà fait ses preuves. À Montmirail, les rendez-vous en ophtalmologie ont connu une croissance fulgurante : de 427 consultations en 2020 à 1523 en 2022. « Là où la moyenne nationale oscille entre neuf mois et un an de prise de rendez-vous en ophtalmologie, ce délai a été raccourci à deux semaines à Fère-en-Tardenois et Montmirail », se réjouit le D^r Fiani. Installé sur le territoire depuis 1986, cet anesthésiste s'inquiète du départ à la retraite des derniers médecins libéraux.

Limiter les pertes de chance

Si les doyens quittent leurs fonctions, de jeunes médecins profitent de ces consultations avancées pour se former et assurer des remplacements en maison de santé. « Ce dispositif augmente l'attractivité de notre territoire. En deux ans, cinq nouveaux généralistes nous ont rejoints », se félicite le D^r Goddaert. Les consultations avancées permettent ainsi de recréer des liens au sein du corps médical, tout en offrant de meilleures conditions de soins. « Amener des spécialistes permet de bien baliser le parcours de soins, depuis le médecin traitant jusqu'à la prise en charge à l'hôpital, et de limiter les pertes de chance », souligne le D^r Fiani. Chaque dossier patient est numérisé et consultable par tous sur un logiciel dédié. Ce dispositif est également salvateur pour la médecine hospitalière, car les permanences ont permis de réduire au strict nécessaire le taux d'hospitalisation. Depuis février 2023, les consultations avancées se sont étendues à une troisième commune, Oulchy-le-Château. Une quatrième commune est espérée dans l'année.



+ D'INFOS <https://youtu.be/UmAfRcOBI9k>



Le Dr Marc, urologue, reçoit des patients adressés par leur médecin traitant lors de ses permanences à Montmirail.

Amener les spécialistes au plus près des patients : cela permet de diminuer les temps d'attente de prise de rendez-vous et de limiter les pertes de chance.



Aujourd'hui, le dispositif des consultations avancées existe dans trois communes situées à proximité du CH de Château-Thierry. Une quatrième commune est espérée.



Ophtalmologie, chirurgie digestive, pneumologie, orthopédie, gynécologie : cinq spécialités en tension sont représentées.



L'infertilité, une réalité pour de plus en plus de couples

Recul de l'âge du premier enfant, exposition croissante aux perturbateurs endocriniens et à la pollution atmosphérique, pathologies... l'infertilité, qu'elle soit féminine ou masculine, touche de plus en plus de couples souhaitant procréer.

Texte : **Sevin Rey-Sahin** | Photos : **DR**

Avec...



DR CHRISTINE LOUIS-VAHDAT,
gynécologue-obstétricienne,
conseillère nationale
de l'Ordre des
médecins



DR SAMIR HAMAMAH,
biologiste de la
reproduction, chef de
service de Biologie
de la reproduction au
CHU de Montpellier.
Président du conseil
national des universités
5405, auteur du premier
rapport sur les causes
d'infertilité – « Vers une
stratégie nationale de
lutte contre l'infertilité »



DR ÉRIC HUYGHE,
urologue et
andrologue au CHU
de Toulouse

L'ESSENTIEL

- **On estime que 3,3 millions de personnes sont directement concernées par l'infertilité dans notre pays.** Première cause identifiée : le recul de l'âge du premier enfant.
- **Longtemps considérée comme étant un problème féminin,** l'infertilité concerne pourtant autant les hommes que les femmes. Au-delà des pathologies, l'hygiène de vie a un grand rôle à jouer.
- **D'avantage de prévention, dès l'adolescence,** pourrait réduire le nombre de patients concernés par cette réalité.

D^r Christine
Louis-Vahdat

L'infertilité se définit comme l'absence d'obtention d'une grossesse malgré des rapports sexuels réguliers non protégés pendant une durée de 12 mois. Aujourd'hui en France, un couple sur quatre est concerné par l'infertilité et se sent isolé face à ce sujet encore tabou dans notre société. **L'une des raisons principales de la hausse de**

l'infertilité est l'âge de la première maternité : 24 ans en moyenne en 1975 et 30 aujourd'hui.

Or si à 20 ans la réserve ovarienne des femmes est à son plus haut niveau, elle baisse significativement à partir de 35 ans. En 2020, un quart des enfants nés en France ont une mère de 35 ans et plus et un père de 38 ans et plus. J'observe chez ma patientèle un défaut d'information concernant ce facteur majeur. À ce défaut d'information s'ajoute la complexité du désir d'enfant qui se concrétise souvent après la stabilisation de la situation professionnelle et affective permettant d'obtenir des conditions optimales à l'accueil d'un enfant. Les femmes peuvent se sentir coupables et seules responsables de cette infertilité.

Aujourd'hui, un tiers des causes de l'infertilité

sont masculines, un tiers féminines et un tiers mixte.

Je vais me concentrer sur l'infertilité masculine. Le premier facteur corrigé de l'infertilité masculine est la varicocèle, qui concerne 40 % des hommes. Cette dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique est la conséquence d'un mauvais fonctionnement des valves situées dans les veines du testicule et entraîne des problèmes de fertilité et des douleurs. Chez l'homme, hygiène de vie, santé générale et fertilité sont intimement liées. Le travail sédentaire, assis avec un ordinateur sur les genoux, au bureau ou au volant d'une voiture, impacte la fertilité masculine car les testicules ont besoin d'être au frais pour fonctionner correctement. Cette sédentarité, associée à une alimentation trop riche en radicaux libres, est parmi les facteurs d'infertilité chez l'homme. **Tout comme la consommation de cigarettes, de cannabis et autres substances psychotropes ainsi que l'excès d'alcool, qui sont très délétères pour la fertilité.** Nous pouvons améliorer le diagnostic en agissant sur ces facteurs, mais il en existe d'autres tels que les perturbateurs endocriniens, sur lesquels nous pouvons difficilement agir.

Pr Éric Huyghe

Quel état des lieux peut-on dresser de la fertilité française ?

Pr Samir
Hamamah

En France comme dans le reste du monde,

la fréquence de l'infertilité masculine et féminine augmente de façon inquiétante depuis vingt ans. D'après le premier plan de lutte contre l'infertilité rendu en février 2022, 3,3 millions

de personnes sont directement concernées par l'infertilité dans notre pays. L'une des causes principales est le recul de l'âge du premier accouchement. En 2020, 25 % des enfants nés en France avaient une mère de plus de 35 ans et seulement un an plus tard cela concernait 30 % des enfants. La difficulté pour les femmes de concilier vie privée et professionnelle en France explique en partie ce recul. **Une autre raison du recul d'âge, c'est la croyance excessive dans la performance de l'assistance médicale à la procréation (AMP).** Mais, il existe aussi des causes environnementales, tels que la présence de perturbateurs endocriniens ou la pollution atmosphérique. Nous avons également identifié des raisons médicales telles que l'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques chez les femmes, ou encore des maladies d'origine endocrinienne ou testiculaires chez les hommes. Enfin, les comportements individuels comme la consommation d'alcool, de tabac, l'inactivité, une mauvaise alimentation et l'obésité influencent la santé reproductive.

Pr Samir Hamamah

Non, absolument pas.

L'infertilité dans un couple n'est pas qu'une affaire féminine. En France en effet, la fertilité et l'infertilité masculines sont des sujets tabous, souvent liés non seulement à l'intimité mais aussi à la virilité et la performance sexuelle de l'homme. Pourtant, d'après notre rapport, un tiers des causes de l'infertilité sont exclusivement masculines, et un autre tiers

exclusivement féminines. Chez l'homme, l'exposition aux perturbateurs endocriniens est associée à la réduction de la quantité et de la qualité spermatique, et à l'augmentation des cancers du testicule chez les hommes jeunes. **Depuis les années 1970, les scientifiques observent une perte de plus de 55 % de concentration en spermatozoïdes par millilitre. Les cancers de testicules et les phénomènes de micropénis sont en augmentation.** Chez certains hommes, l'âge peut également altérer la spermatogenèse et être responsable des fausses couches tardives. Malgré cela, les hommes sont plus rarement examinés, interrogés, conseillés et éduqués sur les facteurs de risques d'infertilité.

L'infertilité a longtemps été considérée comme un problème féminin. Est-ce toujours le cas ?

D^r Christine Louis-Vahdat

Non, par exemple la présence de perturbateurs endocriniens

impacte la quantité et la qualité des spermatozoïdes. Des études

récentes ont montré que la concentration des spermatozoïdes dans le sperme a diminué de plus de 50 % en moins de 40 ans chez les hommes, en Occident, soit 1,4 % à 1,9 % de baisse par an en fonction des études. Les perturbateurs endocriniens peuvent aussi entraîner des modifications épigénétiques du génome et ainsi affecter la fertilité des hommes et des femmes adultes mais également celle de leurs enfants. Cette infertilité masculine pouvait autrefois être considérée comme un message négatif, il y avait une certaine confusion entre fertilité et virilité. Mais les mentalités évoluent. **Malgré le fait que les femmes soient le plus souvent à l'initiative de la première consultation, le bilan initial de toute infertilité doit comporter de façon systématique, l'exploration simultanée de la fertilité du partenaire.**

Pr Éric Huyghe

Malheureusement, certains

pensent encore que l'infertilité est une affaire de femmes. De fait, ces dernières sont plus actives et consultent un gynécologue assez rapidement lorsqu'elles souhaitent avoir un enfant. **Le retard de prise en charge chez l'homme peut diminuer les chances de fécondation, coûte très cher au niveau économique et alourdit le parcours d'AMP.**

Si on améliore la qualité du sperme, les femmes peuvent bénéficier de techniques d'AMP moins lourdes : par exemple une insémination intra-utérine au lieu d'une fécondation *in vitro* (FIV). Par ailleurs, il y a de plus en plus de preuves que l'intégrité de l'ADN du spermatozoïde est très liée aux chances de développement de l'embryon, et donc à la naissance d'un enfant. Lorsqu'un homme a très peu de spermatozoïdes ou si ces derniers sont de mauvaise qualité, on va sélectionner un « bon » spermatozoïde et l'injecter dans l'ovule, c'est ce qu'on appelle l'*Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI). Cette technique de FIV a permis à de nombreux couples infertiles d'avoir un enfant. Cependant, si le spermatozoïde choisi a un ADN endommagé (ce qui ne se voit pas), les embryons ne se développent pas. En améliorant l'hygiène de vie de l'homme, en traitant les différentes pathologies (varicocèle...), on améliore également la qualité du sperme au niveau génétique. Ainsi, la fécondation à plus de chances de réussir.

D^r Christine
Louis-Vahdat

Le désir d'enfant est considéré comme naturel, relevant de l'instinct maternel, mais ce désir est complexe, pouvant susciter des peurs et un questionnement responsable d'ambivalence. Aujourd'hui, il existe un réel besoin d'éducation en matière de santé reproductive et il est essentiel que cette dernière débute très tôt. Il faut sensibiliser les adolescents et les jeunes adultes au déclin de la fertilité avec l'âge et les informer sur les facteurs de risque de la baisse de concentration en spermatozoïdes, sur les dangers du tabac, des drogues et de l'alcool. **Il faut informer les hommes et femmes dès l'âge de 29 ans sur la possibilité d'autoconservation des gamètes.** Je recommande également une meilleure formation des professionnels de santé à la prévention de l'infertilité. L'infertilité est à la fois une question intime et une question sociétale qui devrait être placée au cœur des grands enjeux politiques et sociétaux.

Comment agir face à cette hausse ? Est-ce que cela passe par plus de prévention ?

P^r Éric Huyghe

Depuis la suppression du service militaire obligatoire, nous avons perdu la consultation obligatoire pour les hommes jeunes. Pourtant, le cancer du testicule est le cancer le plus fréquent entre 20 et 35 ans. Il faudrait qu'il existe des consultations de santé de l'homme jeune où l'on pourrait délivrer de l'information sur la contraception et réaliser de la prévention, notamment avec un examen clinique. Les hommes devraient consulter un urologue avant l'âge de 50 ans et l'apparition des problèmes de prostate. L'urologue a un rôle important à jouer dans la santé génitale de l'homme en permettant la détection d'éventuelles pathologies et également en donnant des conseils de vie. L'éducation nationale a également un rôle à jouer. Aujourd'hui, le parcours éducatif de santé prévoit un volet pédagogique sur la santé sexuelle, mais ce dernier aborde seulement les thématiques d'urgence comme la contraception ou les maladies sexuellement transmissibles, et non la santé reproductive. **C'est aussi à travers l'école que l'on peut dissiper les représentations fausses et les amalgames entre puissance sexuelle, virilité et fertilité.**

P^r Samir
Hamamah

Il faut, dès le collège, informer les jeunes sur la physiopathologie de la reproduction. On peut systématiser un enseignement complémentaire sur la santé reproductive dans le cadre de la santé sexuelle tout au long du parcours scolaire et investir les réseaux sociaux pour atteindre le public adolescent, avec des contenus adaptés. Le rapport propose qu'à l'âge de 29 ans, tous les hommes et femmes reçoivent une information concernant la fertilité. Des consultations chez les gynécologues seraient l'occasion d'informer les femmes de leur réserve ovarienne et de les sensibiliser à la possibilité de préservation des ovocytes. **Il faut aussi former tous les professionnels de santé, des pédiatres aux urologues en passant par les généralistes, à la santé reproductive.** Enfin, parmi les six axes qui ont été identifiés comme prioritaires, je propose la création d'un Institut national de la fertilité pour incarner, piloter et coordonner la recherche, les actions de prévention et la prise en charge des hommes, des femmes et des couples. Il s'agit d'un enjeu de santé publique, il faut alors faire de ce sujet une priorité nationale.

+ D'INFOS Le rapport sur les causes d'infertilité : « Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité »

Les médecins sont nombreux à se mobiliser ces dernières années pour défendre l'avenir de leur profession et l'accès aux soins. L'une de leurs revendications est particulièrement reprise dans les médias : l'augmentation à 50 euros du prix de la consultation. Largement partagée, cette seule exigence peut brouiller le message délivré par les professionnels. Dans ce nouveau dossier du bulletin de l'Ordre, nous donnons la parole à trois médecins aux âges et modes d'exercice variés afin de faire entendre leur voix : pourquoi ont-ils choisi d'être médecin ? Qu'est-ce qui les anime ? Qu'est-ce qui est compliqué dans leur quotidien ? Quel est l'objet de leur colère, et contre quoi s'engagent-ils ?

Texte : Eva Jednak, Sevin Rey-Sahin
Photos : DR, Getty

ENTENDRE LA VOIX DES MÉDECINS



UNE CRISE INÉDITE POUR LA PROFESSION

L'

heure est grave pour la médecine en France. En février 2023, des milliers de médecins libéraux sont descendus dans la rue pour le faire savoir. Parmi

les demandes, celle de la revalorisation de la consultation à 50 euros a retenu l'attention des médias et créé le débat. Cependant, résumer les revendications en un seul argument financier est réducteur : c'est un mal-être généralisé que dénonce la profession. Depuis la pandémie de Covid-19, qui a mis en lumière la crise que traverse l'hôpital public depuis déjà de nombreuses années, la médecine de ville est appelée à la rescousse sans en avoir les moyens. Faute de politiques à la hauteur, la médecine libérale continue de perdre de son attractivité (lire pages 8-9, rubrique « Le point sur »). Partout, les médecins dénoncent les horaires à rallonge, les burn-out et la pression.

Le risque d'un système de santé à deux vitesses

Pour répondre à ces problématiques et tenter de pallier le manque de médecins sur le territoire, le gouvernement a élaboré la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite « loi Rist », votée en première lecture au Sénat le 14 février dernier. Le texte introduit, entre autres, un accès direct aux *infirmiers en pratique avancée* (IPA), aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes, et confie certaines compétences médicales à plusieurs professions paramédicales. Depuis le début, l'Ordre des médecins dénonce avec force cette proposition de loi et les conséquences qu'elle risque d'engendrer : l'instauration d'une médecine à deux vitesses, et des pertes de chance pour les patients.

Instaurer un parcours de soins coordonné

Les médecins ont formulé des propositions, s'appuyant sur des équipes de soins territorialisées, coordonnées par les médecins et associant l'ensemble des professionnels de santé en fonction de leurs compétences. Seule la coordination de l'équipe de soins par le médecin est à même de garantir aux patients





témoignage

MATHILDE RENKER,
interne en médecine générale à
Nancy (Meurthe-et-Moselle),
présidente de l'ISNAR-IMG de
juin 2021 à juillet 2022

« Il est difficile de se projeter sereinement dans une future vie professionnelle épanouie »

« En stage dans le cabinet d'un généraliste, j'ai assisté à une visite médicale d'un nouveau-né de dix jours en présence de sa mère et de sa grand-mère. Le médecin, installé depuis longtemps, soignait ces trois générations. Ce lien avec la famille et ce suivi dans la durée m'ont donné envie de devenir généraliste.

Aujourd'hui, en tant qu'interne en milieu hospitalier, comme tous mes pairs, je subis la pression des horaires. Nous sommes censés travailler au maximum 48 heures par semaine, mais ce contrat n'est jamais respecté. Beaucoup d'internes souffrent de problèmes de santé mentale et sont déjà fatigués. Lorsque j'étais présidente du syndicat ISNAR-IMG, certains m'appelaient pour me faire part de leurs idées suicidaires. Pour améliorer la situation, il faudrait commencer par respecter nos droits et nos horaires de travail. Pour alléger ces dernières, il faudrait revoir toutes les lourdeurs administratives auxquels nous sommes parfois assignés. Ce travail prend du temps et participe à ce sentiment de déconsidération.

Outre les horaires, nous demandons une meilleure considération de notre travail. Dès le début de notre internat, on nous demande d'être opérationnels et disponibles. Nous sommes censés être en formation mais nous sommes plutôt là pour remédier aux manques de l'hôpital. Si certains de nos chefs reconnaissent notre travail et nous encouragent, ce n'est pas le cas de la majorité. Au niveau administratif, on

doit se battre pour avoir le moindre remboursement de frais. Au CHU, nos gardes sont payées avec deux mois de décalage.

Dans ce contexte, il est difficile de se projeter sereinement dans une future vie professionnelle épanouie. Je sais d'emblée que je vais faire une croix sur un équilibre entre ma vie personnelle et professionnelle. J'appréhende également mon installation en libéral. Toute la partie administrative m'est encore inconnue. Malgré les initiatives des Départements, des départements de médecine générale ou de différents conseils départementaux ou régionaux de l'Ordre des médecins, nous sommes encore peu préparés à cette installation. À la fois en raison des difficultés inhérentes au métier comme la charge émotionnelle de tous ces patients auxquels on s'attache, mais aussi en raison de difficultés liées aux conditions d'exercice, je ne suis pas sûre de faire de la médecine toute ma vie. »



l'accessibilité, la qualité et la sécurité de leur parcours de soins. Cela permettrait aux médecins de se dégager du temps médical et de se libérer des lourdeurs administratives. Il est également indispensable que cette coopération puisse s'organiser localement, pour répondre aux problématiques sanitaires, géographiques, sociales de chaque territoire et des professionnels qui y sont présents.

Les mesures de coercition, présentées comme des réponses aux difficultés d'accès aux soins que rencontrent de trop nombreux Français n'en sont pas. Obliger les jeunes médecins à exercer en zones médicalement sous-denses est à la fois injuste et inefficace : l'expérience l'a prouvé. Le Cnom continuera de se battre, aux côtés des médecins et futurs médecins, hospitaliers et libéraux, pour faire entendre la voix de la profession dans la pire crise que notre système de soins ait connue. •

75 %

DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS

présentent des symptômes anxieux et 39 % des symptômes dépressifs.

Source : une étude menée par l'ISNI, l'ISNAR-IMG et l'ANEMF en 2021



ARNAUD CHICHE,
médecin anesthésiste-
réanimateur à Hénin-Beaumont
(Pas-de-Calais), fondateur
du collectif Santé en danger

« La santé des patients mérite autre chose que des tableurs Excel »

« J'ai voulu être médecin comme mon père. Il était médecin anesthésiste et médecin des pompiers. J'aimais le voir aller à la rescousse de ses collègues. À l'hôpital, où je me rendais souvent, j'admirais sa relation avec ses patients et les équipes médicales. Dans mon métier, je suis animé par l'envie de rendre le meilleur service possible aux patients, en harmonie avec les équipes médicales et paramédicales. C'est d'ailleurs ce que souhaitent bon nombre de soignants.

Lors de la première crise de la Covid-19, en mars 2020, j'ai été époustoufflé par le dévouement et le courage des équipes médicales et paramédicales face à cette maladie nouvelle que personne ne connaissait. Ils avaient tous l'obsession de soigner. J'attendais donc

avec impatience le Ségur de la santé, qui n'a pas du tout été à la hauteur. J'ai donc fondé le collectif Santé en danger en juillet 2020 pour unir tous les professionnels de santé et peser dans les décisions politiques.

Aujourd'hui, ces dernières sont prises, non pas par des experts, mais des cabinets de conseil déconnectés des réalités du terrain avec une vision productiviste du soin. Les tableurs Excel, les benchmarking et les visions stratégiques ont ainsi pris le pas sur les relations humaines. Au lieu d'augmenter le nombre de médecins, on augmente les heures de chacun, on délègue certaines pathologies au personnel non médical. C'est un scandale sanitaire car on pérennise le manque. Les solutions à cette crise

systemique qui ressemble à un jour sans fin sont pourtant connues, simples et pragmatiques, et elles sont portées aux oreilles de nos décideurs, mais nous ne sommes pas entendus. Nous ne demandons pas seulement une revalorisation salariale, nous demandons des ratios soignants/soignés raisonnables pour plus de sécurité de prise en charge. Nous nous battons pour l'accès aux soins, l'accès de tous à un médecin généraliste, à un hôpital, à une médecine polyvalente. On se bat pour qu'il y ait plus de médecins en France. On se bat parce que derrière chaque patient, il y a une personne, une histoire, et pas seulement une maladie. Nous prôtons une vision humaniste du soin car la santé des patients mérite autre chose que des tableurs Excel. »

60 %

DES MÉDECINS

estiment que la lutte contre les inégalités d'accès aux soins est une mission prioritaire.

Source : l'enquête « Soigner Demain » menée par le Cnom en 2022



témoignage

BÉNÉDICTE GENDREAU,
médecin généraliste
à Bois-Colombes
(Hauts-de-Seine)

« Malgré mes onze heures de consultation par jour, j'ai l'impression d'être déconsidérée »

« J'exerce la médecine générale en libéral depuis 1995. Mon père était chirurgien, ma mère avait interrompu ses études de médecine, et moi je n'ai jamais voulu faire autre chose que ce métier. Au quotidien, j'aime l'échange et l'écoute de mes patients. C'est essentiel de prendre ce temps pour comprendre ce qu'il y a derrière les symptômes car un patient n'est pas qu'une maladie; l'écouter, c'est faire la moitié du diagnostic. La durée de chaque consultation doit donc être conséquente.

Ayant la réputation d'être un médecin disponible et à l'écoute, j'ai été extrêmement sollicitée voire harcelée par mes patients lorsque j'exerçais dans le Val d'Oise. Je recevais trop souvent des demandes extra médicales, des formulaires à remplir, des certificats. Je le faisais tant que je pouvais mais

ce n'était pas toujours possible et ce n'est pas mon métier. J'ai très mal vécu cette pression de devoir être toujours disponible et je me sentais coupable lorsque je ne l'étais pas.

Malgré tout mon investissement dans mon métier, mes onze heures de consultation par jour, j'ai l'impression d'être déconsidérée. Notre métier n'est pas reconnu. La reconnaissance passe évidemment par une revalorisation des honoraires. L'électricité, le loyer, les commissions de Doctolib et du secrétariat, tout augmente. Dans ce contexte économique, ce serait logique de revoir nos honoraires à la hausse, au moins pour rattraper l'inflation. Au quotidien, je suis très frustrée de devoir refuser des patients par manque de temps. Je dois choisir parmi les nouveaux patients et prioriser les nouveaux patients et prioriser les poly-pathologies et affections longue

8

MÉDECINS SUR 10

estiment que la répartition entre temps médical et temps administratif s'est détériorée ces dernières années au détriment du temps médical.

Source : l'enquête « Soigner Demain » menée par le Cnom en 2022

durée ou bien de faire du regroupement familial. En raison de ces conditions et de cette surcharge de travail, l'installation en libéral n'attire plus la jeune génération. Il faut faire un effort pour inciter les jeunes à s'installer car nous, médecins en activité, souffrons également de cette pénurie de médecins. Une jeune médecin qui vient d'avoir un bébé peut difficilement se projeter dans une vie professionnelle épanouie. Il faut absolument des politiques qui motivent les jeunes médecins à s'installer et surtout leur permettent de mener de front une vie de famille et une vie professionnelle. »



CAHIER **Mon** exercice

24 E-SANTÉ

- Diagnostic médical et intelligence artificielle : enjeux éthiques

25 DÉCRYPTAGE

- Toxine botulique : à savoir

26-27 FICHE PRATIQUE

- Modèle d'information préoccupante

28-29 FICHE PRATIQUE

- L'examen pelvien

ALTERTE SUR L'USAGE DÉTOURNÉ DE L'OZEMPIC

Des remontées de terrain font état d'un usage détourné chez des personnes non diabétiques dans un objectif de perte de poids. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Assurance maladie publient un communiqué pour rappeler que :

- L'utilisation du médicament Ozempic (sémaglutide) doit être réservée au traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé, conformément à son autorisation de mise sur le marché (AMM).
- Le détournement de ce médicament pour perdre du poids a un impact direct sur sa disponibilité pour les patients diabétiques et peut causer, ou accentuer, des tensions d'approvisionnement les privant de ce traitement essentiel.
- Ce médicament peut entraîner des effets indésirables potentiellement graves, tels que des troubles gastro-intestinaux, des pancréatites ou des hypoglycémies. Une surveillance renforcée a été mise en place pour s'assurer que les prescriptions respectent le cadre d'utilisation prévu.

PARU AU JO

DÉCRET N° 2023-202
DU 25 MARS 2023
relatif à la prolongation
de l'expérimentation
de l'usage médical du
cannabis

LOI N° 2023-140
DU 28 FÉVRIER 2023
créant une aide universelle
d'urgence pour les victimes
de violences conjugales

ARRÊTÉ DU 22 FÉVRIER 2023
portant approbation du
référentiel d'interopérabilité
et de sécurité des dispositifs
médicaux numériques

DIAGNOSTIC MÉDICAL ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : ENJEUX ÉTHIQUES

Si les techniques d'intelligence artificielle s'avèrent une aide précieuse dans l'élaboration de certains diagnostics, elles interrogent également l'éthique médicale.

En janvier 2023, sur saisine du Premier ministre, le Comité consultatif national d'éthique et le Comité national pilote d'éthique du numérique ont rendu un avis commun à ce sujet.



PR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux données de
santé et au numérique au Cnom

Au fil des réflexions éthiques, l'avis aboutit à **16 recommandations et préconisations** pour un usage des systèmes d'intelligence artificielle appliqués au diagnostic médical (SIADM) respectueux des patients et de la relation patient-médecin. En voici quelques-unes, de manière non exhaustive :

- Il est essentiel que les méthodes diagnostiques déjà établies, ne faisant pas intervenir *a priori* de SIADM, continuent d'être enseignées et de faire l'objet de recherches visant à les faire progresser.
- Des études approfondies sur l'interaction entre les humains et les technologies d'intelligence artificielle sont nécessaires pour évaluer l'impact des SIADM dans l'exercice de la médecine.
- Il faut indiquer l'utilisation d'un SIADM dans le compte rendu médical d'une consultation.
- Les éléments convergent en faveur d'un contrôle humain à toutes les étapes du soin, de l'indication des examens aux résultats des analyses et à l'interprétation contextuelle de ces résultats.
- Il faut promouvoir le développement de nouvelles compétences professionnelles permettant d'expliquer aux soignants les propriétés des SIADM.
- Il faut veiller à ce que les concepteurs de SIADM indiquent clairement les performances et les limites de leurs SIADM et les expliquent en termes compréhensibles pour leurs utilisateurs.
- Il est nécessaire d'adapter les cursus d'enseignement (formation initiale et continue) pour les professions

médicales et paramédicales pour qu'ils forment aux technologies d'IA en intégrant la prise en compte de leurs enjeux éthiques.

7 POINTS DE VIGILANCE ONT ÉGALEMENT ÉTÉ FORMULÉS :

1. Pour éviter les risques d'incomplétude et d'incident-talome, il est capital que la signification d'une mesure qui évalue le compromis entre précision et sensibilité soit parfaitement clarifiée par les industriels.

2. Un SIADM, s'il peut rassurer par son fonctionnement rigoureux et automatique, ne plonge pas moins le patient comme l'équipe soignante dans un certain degré d'incertitude. Le maintien d'un contrôle humain lors de l'utilisation d'un SIADM apparaît comme indispensable mais ne lèvera pas forcément les incertitudes.

3. Les SIADM doivent être envisagés en tant qu'outils complémentaires des réponses à apporter aux insuffisances du système de soins, en particulier à la désertification médicale, mais ne doivent pas être considérés comme des solutions de substitution des équipes médicales.

4. Le processus décisionnel conduisant à l'utilisation de SIADM doit impérativement prendre en compte le souci du soin avant les considérations économiques. Il doit être considéré comme un moyen de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

5. Maintenir une vigilance contre les risques de sélection adverse qui pourraient être opérés par les assurances complémentaires en particulier au moyen d'outils de diagnostic actuariels fondés sur des techniques d'IA.

6. Prendre en compte le risque de dérives d'avis non professionnels, de traitement non sécurisé des données, et d'exercice illégal de la médecine accentuant la vulnérabilité des personnes. Les SIADM doivent relever de pratiques médicales strictes.

7. Une attention particulière doit être portée aux risques de surveillance et de sélection adverse en matière assurantielle et de santé publique.

+ D'INFOS Pour consulter l'avis au complet, [cliquez ici](#).

TOXINE BOTULIQUE : À SAVOIR

La toxine botulique, plus puissante des neurotoxines, connaît plusieurs indications thérapeutiques et n'est pas réservée aux actes à visée esthétique. Le point sur son utilisation.



D^R CLAIRE SIRET,
présidente
de la section
Santé publique

Situations à risque ou déconseillées

La toxine botulique est contre-indiquée en cas de pathologie de la jonction neuromusculaire (myasthénie, syndrome de Lambert-Eaton) ainsi qu'en cas de grossesse et d'allaitement. Son utilisation est également contre-indiquée en cas d'hypersensibilité connue ou s'il existe une infection au point d'injection. En raison d'interactions médicamenteuses potentielles, on retiendra comme contre-indication relative l'utilisation concomitante de médicaments ayant une action directe ou indirecte sur la transmission neuromusculaire (agents curarisants, anticholinestérasiques ou aminosides).

2. LA TOXINE BOTULIQUE POUR LES ACTES À VISÉE ESTHÉTIQUE

Les produits injectables utilisés en esthétique regroupent deux catégories de produits de santé : des dispositifs médicaux et des médicaments.

- Les produits de comblement injectables sont des dispositifs médicaux de classe III.
- Les produits à base de toxine botulique ont le statut de médicament.

La toxine botulique à visée esthétique, communément appelée Botox, est réservée à un usage professionnel. Elle est disponible en pharmacie ou livrée directement par le fabricant ou son fournisseur officiel à un médecin spécialisé. Il est interdit de délivrer la toxine botulique directement au grand public. Étant à prescription médicale obligatoire, sa vente sur Internet est interdite.

Les spécialités médicales autorisées à prescrire et injecter la toxine botulique :

- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique;
- Chirurgie de la face et du cou;
- Chirurgie maxillo-faciale;
- Dermatologie;
- Ophtalmologie;
- ORL.

Ces médicaments de la liste I sont à prescription réservée à ces seuls spécialistes. Le médecin doit apporter la preuve qu'il est titulaire de l'une des six spécialités sus-nommées. Si tel n'est pas le cas, le médecin ne peut prescrire ces médicaments, ni les injecter, et encourt des sanctions disciplinaires et/ou pénales.

La toxine botulique est produite par une bactérie anaérobie, le *Clostridium botulinum*. C'est la plus puissante des neurotoxines. On distingue actuellement 7 types de toxine botulique (A, B, C1, D, E, F, G), dont seuls les sérotypes A et B sont utilisés en clinique.

Si les médicaments à base de toxine botulique sont souvent cités pour les actes à visée esthétique, il faut rappeler qu'ils font l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des pathologies diverses qui méritent d'être rappelées. Les indications thérapeutiques de la toxine botulique sont multiples et concernent des domaines aussi variés que l'ophtalmologie, la neurologie, la pathologie ORL, la rééducation fonctionnelle, l'urologie...

1. LA TOXINE BOTULIQUE POUR TRAITER DES PATHOLOGIES

Actuellement, l'utilisation thérapeutique est limitée à l'injection locale des toxines de sérotypes A et plus récemment B dans le cas de nombreuses pathologies où existe un excès de la transmission neuromusculaire.

Des indications cliniques précises

Trois médicaments contenant de la toxine botulique sont utilisés :

- Dysport (Speywood)
- Botox (Allergan, Abbvie)
- Xeomin

Une utilisation réservée à l'usage hospitalier

Les médicaments à base de toxine botulique figurent sur la liste I et sont réservés à l'usage hospitalier. L'utilisation de ce médicament doit théoriquement être réservée à des médecins expérimentés, dans le cadre d'indications validées, afin de limiter l'utilisation abusive de cet agent pharmacologique ainsi que certains de ses effets indésirables telle qu'une paralysie plus sévère liée à une diffusion loco-régionale.

L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

L'information préoccupante est un document transmis à la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour alerter sur un enfant ou un adolescent en danger ou à risque de danger.



**D^R MARIE-PIERRE
GLAVIANO-CECCALDI**,
vice-présidente du Cnom



**D^R ANNE-MARIE
TRARIEUX**, présidente de
la section Éthique et
déontologie du Cnom

- **L'information préoccupante (IP)** est une information transmise à la CRIP pour alerter sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou risquent de l'être¹. Cette possibilité de déroger au secret médical est prévue par la loi².
- **L'IP n'est pas un certificat médical.**
- **L'IP n'est pas une pièce formalisée du dossier médical.** Elle n'est pas communicable aux parents, à l'enfant ou à des tiers même médecin, par le médecin rédacteur.
- Son seul **destinataire** est la **CRIP** du département.
- Le médecin complète le document à partir de son **examen clinique** et des **informations** qu'il a en sa possession et dont il a eu connaissance dans le cadre de son exercice.
- Il s'agit d'**expliquer de manière précise et objective les faits préoccupants, constatés ou rapportés** (risques en termes de santé, sécurité, éducation, développement...), et de **décrire les éléments cliniques nécessaires** au traitement de la situation.
- **L'examen clinique** sera soigneux avec une attention particulière sur la présence de lésions d'allure traumatique, de négligences (dentaires, suivi médical...), d'anomalie de croissance statur pondérale et du développement psychomoteur et psychoaffectif... Les **comportements préoccupants seront notés explicitement** : scarifications, comportements sexuels problématiques, sexualité active précoce, grossesse précoce en particulier chez les mineures de 15 ans, consommation de toxiques, troubles du comportement...
- Les **faits médicalement constatés seront décrits au présent**. Les **circonstances de constatation** des lésions et/ ou des révélations des faits sont **rapportées** ainsi que la présence ou non du (des) parent(s) au côté du mineur au moment des révélations et de la consultation.
- Les **faits rapportés ou non vérifiés** seront rédigés **au conditionnel**.
- Les **propos seront cités entre guillemets** en précisant à chaque fois le contexte dans lequel ils ont été tenus.
- Le médecin **garde une copie de cette IP et trace son envoi**.
- Il consigne tous les éléments cliniques et observations scrupuleusement dans le dossier médical de l'enfant.
- Il archive les éventuelles **photos datées** dans le dossier médical du mineur. Celles-ci peuvent être **jointes en tant que de besoin** à l'IP transmise.
- Les parents ou titulaires de l'autorité parentale et le **mineur**, en fonction de son âge et de sa maturité, **sont informés de cette IP, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant**³.
- Le **médecin** qui procède à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP, en application des dispositions de l'article 226-14 du code pénal, et qui est de bonne foi, **n'encourt aucune sanction pénale ou disciplinaire**.

1. Article R.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430
 2. Article 226-14 du code pénal : www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00004394223
 Article L.226-2-2 du CASF : www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908
 3. Article L.226-2-2 du CASF : www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908

MODÈLE D'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle a été élaboré en concertation entre le Cnom, la Société française de pédiatrie médico-légale, l'Observatoire national de la protection de l'enfance et les médecins référents protection de l'enfance.

Information préoccupante destinée à la CRIP du département XXXXX

Informations concernant le médecin émetteur de l'IP
(Nom, adresse, téléphone, mail professionnel)

.....
.....

Médecin traitant de l'enfant? OUI NON

Madame, Monsieur,

Je tiens à porter à la connaissance de la CRIP du Département XXX les informations préoccupantes concernant l'enfant ou les enfants en danger (Nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, lieu de vie) :

.....
.....

Parents (Nom, prénom, adresse, téléphone)

• Parent 1 :

.....
.....

• Parent 2 :

.....
.....

• Autre situation (famille d'accueil) :

.....
.....

Autres personnes (enfants et adultes) vivant au domicile et liens avec l'enfant? (Nom(s), prénom(s), âge(s))

.....
.....

Contexte familial (Parents séparés, mode de garde, facteurs de risque de vulnérabilité...)

.....
.....

Personne accompagnatrice lors de la consultation :

.....
.....

Exposé des faits préoccupants pour l'enfant ou les enfants :

.....
.....

Données de l'examen clinique après examen complet de l'enfant ou des enfants vu(s) en consultation le jj/mm/aaaa :

.....
.....

Suivi médical régulier : OUI NON NE SAIS PAS

Carnet de santé : Présenté : OUI NON

Soins ou prises en charge médicales ou paramédicales connus :

.....
.....

Avez-vous déjà réalisé une IP ou un signalement judiciaire pour cet enfant?

.....
.....

Quelle est la posture des parents vis-à-vis de la situation?
(Parents conscients de la situation ou pas, démarches entreprises, banalisation, contestation...)

.....
.....

Information des parents :

• Parent 1 :

OUI NON car contraire à l'intérêt de l'enfant
 parent non joignable

• Parent 2 :

OUI NON car contraire à l'intérêt de l'enfant
 parent non joignable

Information du mineur (en fonction de la maturité de l'enfant)

OUI NON

Date :

Signature et cachet :

Je souhaite être informé(e) des suites qui auront été données à cette information préoccupante dans un délai de trois mois à partir de cette transmission, conformément à l'article L.226-5 du code de l'action sociale et des familles.



L'EXAMEN PELVIEN

DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

MARS 2023

Cette fiche pratique a été élaborée pour guider les médecins, quelle que soit leur spécialité, au cours de la pratique d'un examen pelvien.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé une concertation professionnelle devant les difficultés rencontrées au cours de l'examen pelvien réalisé dans le cadre d'une prise en charge médicale.

Si l'actualité a surtout concerné ce que des patientes ont dénoncé comme étant des violences au cours de consultations en gynécologie-obstétrique, l'institution a souhaité élargir la réflexion sur la pratique de l'examen pelvien à tous les médecins.

Pour certains praticiens, le consentement à l'examen pelvien a longtemps été considéré comme acquis dans le cadre d'une consultation gynécologique ou d'une consultation portant sur la sphère pelvienne. Il apparaît nécessaire à l'institution de rappeler dans cette fiche pratique que la personne a le droit, avant tout examen médical touchant à son intimité, d'être informée des raisons médicales pour lesquelles cet acte est envisagé, de son utilité, et d'y consentir ou non.

► RESPECT DES DROITS DES PATIENT(E)S

Le droit des patient(e)s¹ à l'information s'exerce avant tout acte médical, de soins, d'investigation ou de prévention.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de

prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Les qualités de l'information : elle doit être synthétique, hiérarchisée, appropriée et compréhensible par la personne.

La délivrance de l'information personnalisée, adaptée, progressive s'il y a lieu, doit se faire dans le cadre d'un entretien individuel. Celui-ci doit permettre un dialogue avec la personne.

Le consentement², indispensable à tous examens, doit être recherché : « Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans votre consentement "libre et éclairé" ».

→ Libre : absence de contrainte – renouvelé pour tout acte de soin,

→ Éclairé : être informé des différents traitements, des risques fréquents et graves et des conséquences éventuelles.

Le consentement peut être retiré à tout moment.

1 - Code de la santé publique
- [Article L.1111-2](#); [R.4127-35](#) et [R.4127-42](#)

Code de déontologie médicale
- [Commentaires de l'article 35](#) et [de l'article 42](#)

2 - Code de la santé publique
- [Article L.1111-4](#); [R.4127-36](#) et [R.4127-42](#)

Code de déontologie médicale
- [Commentaires de l'article 36](#)

► EXAMEN PELVIEN ET RESPECT DES DROITS DES PATIENT(E)S

L'examen médical doit se dérouler en toute quiétude, dans une relation de confiance entre la personne examinée et le praticien.

Le médecin ne doit pas renoncer à proposer de pratiquer certains actes par crainte que ceux-ci soient mal compris et mal vécus et entraînent plaintes et poursuites, sous peine de nuire à la qualité des soins prodigués.

À cette fin, il est rappelé que pour les examens pelviens :

- Lorsque le praticien dispose de **fiches techniques**³, ou de fiches anatomiques, sur les actes pratiqués, il les remet à la personne avant l'examen clinique en les explicitant. La remise de ces fiches ne dispense pas le médecin de son devoir d'information sur la nécessité, l'utilité de l'examen, son déroulement et son but (diagnostic, dépistage, prévention).
- Le praticien informe la personne sur les actes à effectuer et les alternatives possibles en rappelant les possibilités de diagnostics offerts par chaque acte. Les mentions inscrites dans le dossier médical suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la **délivrance de l'information**⁴.
- Le praticien recueille le consentement oral, et non écrit, de la personne au fur et à mesure de l'examen.
- L'ensemble de la procédure (délivrance de l'information et consentement) est inscrit dans le dossier médical de la personne.
- En cas de refus opposé par la personne vis-à-vis de l'acte proposé, le praticien a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son refus. Le refus doit être inscrit dans le dossier médical et, dans ce cas particulier, le médecin peut demander à la personne de formaliser ce refus.

Concernant les indications pouvant être données à la personne avant un examen pelvien, nous vous invitons à vous rapprocher du collège de votre spécialité.

3 - [Pour un exemple de fiche, voir celle proposée par l'AFU, SIFUD-PP et GENULF sur le « bilan urodynamique ».](#)

4 - HAS, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », 2012.

POUR
ALLER
PLUS
LOIN

Sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins :

- La page « L'information du patient »
- La page « Recueillir le consentement de mon patient »

Sur le site du Collège national des gynécologues et obstétriciens français :

- La charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique
- Les recommandations pour la pratique clinique (en attente de publication)

Sur le site du Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale :

- La charte de la consultation en radiologie

Sur le site du Comité consultatif national d'éthique :

- L'avis relatif au consentement en gynécologie



Ordre des médecins
www.conseil-national.medecin.fr



« Médecin sur une petite île, c'est un sacerdoce »

Dr Philippe Lentz

Médecin sur l'île de Porquerolles (Var)

« **J**e me suis installé comme généraliste sur l'île de Porquerolles il y a 23 ans, en tombant amoureux de cet endroit. Il faut bien cela pour décider de s'installer ici ! Mais je n'avais pas mesuré le sacerdoce que cela représente. Il faudrait reconnaître les spécificités du travail de médecin de petit village. Il me suffit de traverser Porquerolles pour être sollicité pour cinq consultations ! Alors, parfois, je rassure juste, et d'autres fois, je demande à voir la personne en consultation. C'est un travail permanent, il faudrait reconnaître une astreinte à l'année. Je pense que je n'avais pas mesuré cet engagement avant de m'installer ici. On ne peut pas, une fois qu'on a créé des liens avec une patientèle, tout plaquer et aller voir ailleurs. Petit à petit, je suis resté, et cela, je le reconnais aujourd'hui, au détriment de mon propre épanouissement personnel. Quand j'ai repris le cabinet, il était dans un état de vétusté incroyable. Les pompiers amenaient un brancard qui ne passait pas par la porte. J'ai demandé à l'agence régionale de santé une maison médicale, en vain. Ils ont quand même fini par me reconnaître l'astreinte l'été, où je fais du 24 heures sur 24 tous les jours. L'été, je travaille bien 100 heures par semaine. Je me considère principalement comme urgentiste. Et bien sûr, en cas d'erreur, vous n'au-

rez pas l'excuse de dire que vous n'avez pas dormi, que vous avez trop travaillé... Après, je suis maître de stage. Donc j'ai des internes. L'été, on arrive à tourner à trois. Je fais également de la pharmacie. J'ai mis des mois à obtenir l'autorisation qu'avait mon prédécesseur, j'ai dû finir par me fâcher ! Je trouve que la pharmacie, c'est génial. Le patient repart avec ses médicaments. À mon sens, tous les médecins devraient être un peu pharmaciens, avoir un petit stock de médicaments de dépannage. C'est un travail supplémentaire, c'est vrai. Mais c'est vraiment bien pour les patients. J'ai un grossiste, je suis livré tous les jours, et j'ai un logiciel de pharmacie. Les touristes me disent parfois que je suis le médecin le plus chanceux de France. Mais je n'ai pas mis les pieds à la plage de Porquerolles en été depuis des années ! J'ai déjà pensé à jeter l'éponge, bien sûr. Mais la fuite n'est pas la solution. La solution, pour moi, c'est d'arriver à constituer une équipe de médecin. Aujourd'hui, j'ai 62 ans et j'aimerais bien envisager de travailler moitié moins. J'ai le projet de m'associer avec un ancien interne, qui est maintenant chef des urgences à Hyères. Il ferait mi-temps ici, et mi-temps aux urgences. Mais cela ne pourra pas se faire avant l'été. »

PARCOURS

1997

Premiers remplacements à Porquerolles et sur l'île voisine de Port Cros.

Octobre 2000

Installation à Porquerolles.

Avril 2001

Autorisation d'exercice de la pharmacie.

2010

Maître de stage.