



MÉDECINS

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

cahier **Mon
exercice**

- SITE MONESPACE.
MEDECIN.FR
- ACCÈS AU DOSSIER
MÉDICAL D'UN DÉFUNT
- ÉLECTIONS
P. 27

Des parcours professionnels et des exercices de plus en plus mixtes

P. 16



LE POINT SUR

**Médicaments :
la fin des
pénuries ?**

P. 8

REPORTAGE

**Vaccination covid-19 :
une injection
à la maison**

P. 10

RÉFLEXIONS

**Crise sanitaire : la violence
vis-à-vis des médecins
en questions**

P. 12



La nouvelle loi de bioéthique en vidéo

Votée en août dernier, la nouvelle loi de bioéthique a fait beaucoup parler d'elle. Quels sont vraiment ses enjeux ? Qui est concerné ? Éléments de réponse dans cette vidéo illustrée à voir sur notre chaîne YouTube :

<https://www.youtube.com/watch?v=fWXF6BHxYM&feature=youtu.be>

Bientôt le webzine santé / environnement !

Le dernier webzine de l'année de l'Ordre des médecins (n° 16) est en préparation ! Il sera question d'environnement et de santé. Entre les perturbateurs endocriniens, la pollution, le bruit, les changements climatiques, de nombreux facteurs affectent notre environnement. Et les conséquences sur notre santé peuvent être désastreuses. Rendez-vous le 6 décembre pour le découvrir !



DIRECTION PARIS POUR LA 220^E SESSION DE L'AMM

<https://youtu.be/LRjMmADDUGU>

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) accueillera à Paris, du 7 au 9 avril 2022, la 220^e session du conseil de l'Association médicale mondiale (AMM). La vidéo de promotion de cette première réunion en présentiel depuis bien longtemps est à retrouver en ligne !



REPORTAGE DANS LE BUS SANTÉ FEMMES

<https://www.youtube.com/watch?v=xnn5rMFAk1Y>

Dans ce bus pas comme les autres, des médecins, des psychologues ou encore des avocats vont et viennent depuis deux ans. Ce dispositif unique en son genre sillonne les centres-villes et les campagnes des Hauts-de-Seine et des Yvelines. Avec un objectif : accueillir des femmes vulnérables qui n'ont pas toujours accès aux soins.



#DMP

« Mon espace santé », nouveau DMP piloté par l'État et @Assur_Maladie est en test dans trois départements pour une adoption début 2022 sur tout le territoire.



@ordre_medecins • 14 octobre

#Soignez Demain

« Cette vaste consultation nous permettra de vous présenter, au début de l'année 2022, une plateforme de propositions professionnelles. »

@BouetP



@ordre_medecins • 19 octobre



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 / 75855 cedex 17

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

conseil-national.medecin.fr

Directeur de la publication : D^r François Arnault - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon-Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil.national@ordre.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** P^r Stéphane Oustric - **Coordination :** Isabelle Marinier - **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - **Responsables d'édition :** Sophie Włodarczyk - **Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Franck Widling - **Secrétariat de rédaction :** Christine Ferreri - **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 Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

2021 restera comme une année intense,

difficile, pour tous les médecins inscrits ou en formation et au-delà pour tous les professionnels de santé.

Soigner mais aussi informer, convaincre et vacciner ont été les maîtres mots de notre action de professionnels.

L'année du vaccin, la mobilisation des acteurs est et restera source d'espoir pour la sortie de crise.

Nous savons maintenant que celle-ci est encore loin devant nous.

2021 restera aussi comme une année particulière où nous avons été présents et fortement impliqués dans les débats du projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Ce PLFSS et la crise de confiance qu'il déclenche dans son déroulement et son organisation n'auront pas rapproché le politique et le professionnel.

2022 sera une année à enjeux politiques : les élections présidentielle et législatives vont amener à un contrat nouveau entre la Nation et ses élus.

Pour cela, nous avons choisi de vous donner la parole, à travers la campagne **#Soigner demain**, en vous interrogeant pour recueillir vos analyses, votre perception de la crise et les solutions attendues ou proposées.

Votre retour nous permettra non pas de poser une revendication mais d'affirmer l'attente de la profession médicale et notre volonté commune d'être acteurs de l'évolution du système de santé.

Les élus doivent intégrer le fait qu'usagers et médecins sont les piliers incontournables pour toute avancée dans l'évolution et la protection de notre modèle sanitaire.

CAMPAGNE

#Soigner demain

La Grande consultation #Soigner demain du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) s'est terminée le 21 novembre dernier. Les résultats de cette enquête, menée auprès de l'ensemble des médecins et internes de France, seront publiés début 2022 et seront à l'honneur du bulletin de mars-avril.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/soigner-demain>

DÉONTOLOGIE

Mises à jour des commentaires du code de déontologie

Les commentaires des articles 36, 37-2 et 42 du code de déontologie viennent d'être mis à jour. Les modifications apportées à l'article 42 sont détaillées page 30 dans la partie Mon exercice du Bulletin. L'ensemble est à retrouver sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>



ACTIVITÉS SPORTIVES

Promouvoir le sport au nom de la santé



Le ministère chargé des Sports et le Conseil national de l'Ordre des Médecins (Cnom) ont signé, vendredi 8 octobre dernier, une convention visant :

- la promotion des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé;
- le développement d'une pratique sportive respectueuse de la santé, notamment par la lutte contre le dopage et les conduites addictives, et contre toutes les formes de violences;
- la reconnaissance de la médecine du sport dans sa spécificité médicale et la clarification des conditions

d'exercice de celle-ci au sein des structures sportives.

Cette convention a été signée par la ministre chargée des Sports, Roxana Maracineanu, et par le président du Cnom, le Dr Patrick Bouet, car «*la promotion des actions en faveur des activités physiques et sportives comme élément déterminant de santé relève de l'intérêt général et participe à l'atteinte des objectifs des politiques de santé publique*».

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/convention-visant-promouvoir-activités-physiques-sportives>

CNVIF

Parution des actes du colloque sur les violences intrafamiliales

Les actes du colloque «*Violences intrafamiliales, de la détection de la violence aux outils de protection*», organisé le 15 octobre dernier par le Comité national des violences intrafamiliales (CNVIF), en collaboration avec le centre de recherches juridiques de Paris 8, seront publiés au premier trimestre 2022.

Pour rappel, le CNVIF, créé à l'initiative du Cnom, est un groupe pluridisciplinaire qui regroupe plus de 70 experts engagés pour améliorer la lutte contre les violences intrafamiliales. Sa présidente est le Dr Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi, également vice-présidente du Cnom.

STOP TAB AC

Les enjeux du numérique en santé

Le prochain Bulletin spécial, à paraître en début d'année 2022, aura pour sujet le numérique en santé et sera entièrement dématérialisé.

La thématique retenue a pour objectif d'accompagner l'ensemble du corps médical dans la

compréhension du virage digital et de l'évolution de leur exercice professionnel actuel et futur.

De nombreux acteurs du numérique en santé interviendront dans ce numéro partageant définitions et usages de ces nouveaux outils.



DR STÉPHANE OUSTRIC,
Délégué général
aux données
de santé et
au numérique
du Cnom



ÉPIDÉMIES

Garder le réflexe des gestes barrières

L'adoption des gestes barrières est un moyen efficace de lutter contre la transmission des virus. L'Assurance maladie, Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé relancent une campagne de sensibilisation.

https://twitter.com/Assur_Maladie/status/1452973879870304259

+ D'INFOS <https://www.youtube.com/watch?v=fkEATbxM-sk>



PROJET DE LOI

Le PLFSS au programme

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) sera promulgué avant le 31 décembre. Le Bulletin de janvier-février s'y consacrera. Au programme : un décryptage complet, des interviews d'experts, un « avant/après » la loi... Rendez-vous en 2022!

PETITE ENFANCE

Des infos sur les 1 000 premiers jours

Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé ont déployé, fin octobre, un dispositif d'information à la période des 1000 premiers jours. Jeunes parents, futurs parents et professionnels de la petite enfance y trouveront des repères et des conseils.

+ D'INFOS <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>



CULTURE



La prescription du **Pr Serge Uzan**, vice-président du Cnom



La splendeur et l'infamie

Pour ceux qui, comme moi, ont une admiration importante pour sir Winston Churchill, en particulier pour son action pendant la Seconde Guerre mondiale, ce livre permet de franchir une étape par rapport aux nombreuses biographies qui concernent l'homme

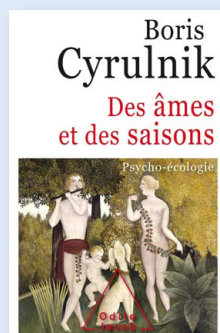
politique. En effet, l'ouvrage replace l'action de l'ancien Premier ministre au sein de son entourage familial, amical et politique. Il permet de vivre cette période comme une véritable saga historique, ou une série à succès. On comprend de façon plus personnelle l'évolution de sa relation avec les autres hommes politiques de l'époque, en particulier le président Roosevelt. Certains documents sont inédits car ils concernent parfois les journaux intimes de certains protagonistes. Bill Gates a même dit que « *Larson réussit à donner au lecteur l'impression de vivre aux côtés de Churchill* ». Ce roman, qui concerne essentiellement la première année de la guerre, de mai 1940 à la fin 1941, donnera, on l'espère, lieu à une suite !

La splendeur et l'infamie, Erik Larson, Le Cherche-Midi, 16,99 euros.

Psychiatrie : l'état d'urgence

Cet ouvrage a été réalisé par une équipe animée par Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca. Il a bénéficié du regard médico-économique d'Isabelle Durand-Zaleski et du renfort des réflexions de l'Institut Montaigne et de la Fondation FondaMental (à laquelle je participe en tant qu'administrateur bénévole). L'intérêt de ce livre est de contenir une somme importante d'informations très diversifiées et très bien documentées qui permettent de mieux saisir l'ampleur de cette cause nationale qui concernera plus de dix millions de Français chaque année. Cet ouvrage permettra, comme l'espèrent les auteurs, de contribuer à la mutation de la psychiatrie en France.

Psychiatrie : l'état d'urgence, Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca, Fayard, 10,99 euros.



Des âmes et des saisons

Ce livre réussit, tout en étant scientifiquement très documenté, à être une narration romancée caractéristique des livres de Boris Cyrulnik. Il nous dit que l'impact du milieu sur les individus évolue et que désormais, notre corps

et notre esprit seront modifiés par la vie et devront s'adapter à un monde toujours nouveau. Cette phrase de la quatrième de couverture résume la mission que veut remplir cet ouvrage : « Notre culture a perdu la boussole, nous naviguons à vue. » « Il nous faut reprendre un cap car nous venons de comprendre que l'homme n'est pas au-dessus de la nature, n'est pas supérieur aux animaux, il est dans la nature. La domination qui a été une adaptation pour survivre ne produit aujourd'hui que du malheur. » L'auteur est un puits de science conjuguant les savoirs les plus passionnants de la préhistoire, de l'éthologie et des neurosciences. Il raconte cette anecdote d'un couple de jumeaux dizygotes nés de parents post soixante-huitards qui, lorsqu'on les interroge à la trentaine, racontent deux vies totalement différentes : le garçon raconte qu'il a eu une enfance merveilleuse, faite de liberté totale, la fille raconte une enfance difficile faite essentiellement d'abandon. Cet ouvrage permet, à travers des connaissances, des exemples et des anecdotes, de comprendre le message toujours passionnant de Boris Cyrulnik.

Des âmes et des saisons : Psycho-écologie, Boris Cyrulnik, Édition Odile Jacob, 17,99 euros.

FOCUS

Le leadership médical dans les structures hospitalières

Remettre le leadership médical au cœur de la gestion des hôpitaux est un enjeu majeur pour les professionnels de santé. Mais que veut dire concrètement « leadership médical » ? Comment y parvenir ? Quels impacts la crise sanitaire a-t-elle eus sur ce leadership ? Éléments de réponse avec le D^r Merholz, président de l'Association européenne des médecins des hôpitaux (AEMH)*.



Qu'entendez-vous par « leadership médical » ?

Le leadership médical ou clinique est la capacité des médecins à organiser et à gérer des hôpitaux et des structures de soins de santé. Cela va de la gestion d'une salle d'hôpital ou d'une section d'un service à la gestion d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux en collaboration avec d'autres professionnels comme les infirmiers et les gestionnaires. Il s'agit de redonner aux médecins le pouvoir d'agir en tant que leaders dans les hôpitaux.

Le leadership se manifeste par un sens partagé des responsabilités pour le succès de l'organisation médicale et de ses services. Les actes de leadership peuvent provenir de n'importe qui dans l'organisation, le cas échéant, même dans la relation médecin-patient.

Comment cela se traduit-il au sein des structures hospitalières ?

Dans le passé, les hôpitaux étaient dirigés par des médecins. L'option moderne tend à privilégier des cadres formés, le plus souvent des non-médecins, en tant qu'administrateurs. De plus en plus de preuves montrent que la nomination de médecins à des

postes de direction garantit une meilleure performance hospitalière (même financière) et de meilleurs soins aux patients. Une plus grande participation des cliniciens à la gestion hospitalière signifie une performance organisationnelle accrue en matière de qualité des soins, d'efficacité, de morbidité plus faible et de meilleure satisfaction des patients. C'est ce qu'ont récemment montré, par exemple, une étude approfondie du prestigieux institut suédois Karolinska de Stockholm et une étude de la McKinsey Consulting Company.

La crise sanitaire a-t-elle eu un impact sur le leadership médical ?

Ces temps de pandémie ont illustré le retour décisif au leadership clinique des médecins et la reconquête de leur statut et de leur influence dans la gestion des hôpitaux – comme de la société, dans son ensemble, du point de vue médical et épidémiologique. Les médecins savent évidemment mieux comment gérer ces exigences et défis extraordinaires de cette crise. Alors que les temps reviennent à plus de normalité, il semble y avoir un retour aux pouvoirs établis des administrateurs non médicaux. Mais ce

qui est vrai en temps de crise l'est aussi en temps normal.

Quelles institutions soutiennent cette démarche ?

L'AEMH (Association européenne des médecins des hôpitaux), comme l'Association européenne des médecins hospitaliers seniors, est consciente de ces implications car nos membres sont confrontés aux mêmes problèmes partout en Europe. Par conséquent, l'AEMH a formé un groupe de travail pour inverser cette tendance et remettre les médecins au cœur des décisions avec d'autres organisations médicales européennes telles que la CEOM (Conseil européen de l'Ordre des médecins), l'UEMS (Union européenne des médecins spécialistes), la FEMS (Fédération européenne des médecins salariés) et l'EJD (Groupe de travail permanent des jeunes médecins européens). Après une préparation et une planification longues et délibérées, nous avons récemment fondé l'Académie européenne pour le leadership clinique (EACL) en collaboration avec l'UEMS et le soutien des EMO mentionnés ci-dessus, ce qui améliorera nos capacités à agir efficacement en tant que leaders cliniques. Nous sommes également en étroite collaboration avec des universitaires qui, quand nécessaire, auront le soutien de leurs institutions.

+ D'INFOS Tous les détails de l'Académie et la démarche pour devenir membre sont publiés sur <https://aemh-eacl.org/>

*Le Dr Cerfon, membre de la DAEI, est vice-président de l'AEMH.

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

MÉDICAMENTS: LA FIN DES PÉNURIES ?

Un décret du 30 mars 2021 impose aux laboratoires pharmaceutiques de constituer un stock de sécurité pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Il est en vigueur depuis le 1^{er} septembre.

Texte : Émilie Tran Phong

LE POINT DE VUE DE L'ORDRE

DR BRUNO BOYER,
président de la section
Santé publique
du Cnom



**«Un décret qui
va dans le bon sens»**

Les pénuries de médicaments peuvent représenter une perte de chance, voire une mise en danger pour certains patients. Pour éviter que les médecins ne les découvrent trop tard, parfois en même temps que leurs patients, et ne doivent rechercher seuls une stratégie thérapeutique alternative, la convention de partenariat que le Cnom vient de renouveler avec l'ANSM, vise à anticiper au mieux l'information vers les professionnels de santé et à leur proposer des alternatives médicamenteuses. Avec le décret du 30 mars 2021, cette information s'appuiera sur un dispositif plus robuste. Des sanctions sont prévues pour les entreprises qui ne respecteraient pas les nouvelles obligations de transmission des alertes imposées par ce texte. Tout cela devrait bénéficier aux patients.

Parce qu'elle a engendré un pic de demandes pour certains traitements et des difficultés de production, la crise de la Covid-19 a révélé au monde les limites des politiques de délocalisation et de production à flux tendu dans l'industrie pharmaceutique.

Au début de la pandémie, les services de réanimation ont notamment manqué d'hypnotiques et de curares. Pour que les patients n'aient plus à pâtir ainsi d'une brusque hausse des commandes ou d'une fermeture de frontières, l'État a décidé d'imposer aux laboratoires pharmaceutiques qu'ils se dotent de plans de gestion des pénuries.

Depuis le 1^{er} septembre, ils doivent disposer d'un stock de sécurité, capable de couvrir deux à quatre mois des besoins nationaux pour leurs médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Face à un risque de rupture de stock, ils doivent aussi informer au plus tôt l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et lui indiquer des références de substitution. Tout cela pourra ainsi être immédiatement relayé aux médecins : en juillet dernier, le CNOM et l'ANSM ont enrichi leur convention de partenariat à cet égard.

Une préoccupation qui n'est pas nouvelle

Certes, le nombre de signalements de ruptures de stock a été particulièrement élevé en 2020 (2446), mais il y en avait déjà 1504 en 2019. Depuis une dizaine d'années, il est de plus en plus fréquent de voir des chimiothérapies interrompues ou des vaccinations reportées. Des pays comme la Chine et l'Inde gagnent en pouvoir d'achat et consomment de plus en plus de médicaments. Comme il existe peu de sites de production pour certains principes actifs, il suffit d'une défaillance dans l'un d'eux pour que les industriels peinent à honorer leurs commandes.

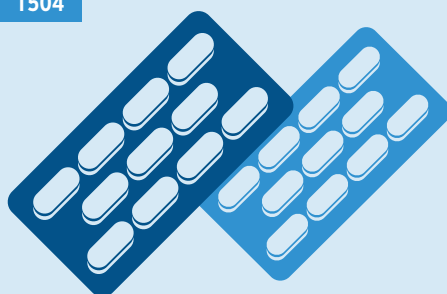
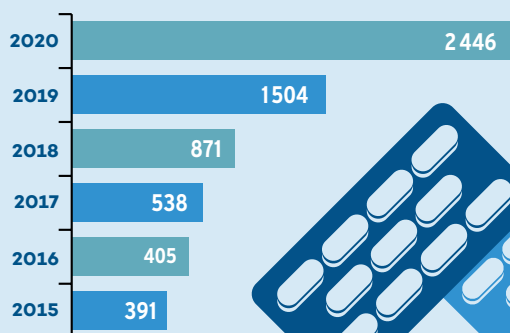
Un décret suffisant ?

Les effets du décret du 30 mars 2021, relatif au stock de sécurité destiné au marché national, devraient se faire sentir dans les prochains mois, mais cela ne règlera pas tous les problèmes. Il faudra encore attendre que se concrétise la volonté de la France de relocaliser la production de principes actifs essentiels. Restera ensuite à régler la question des médicaments anciens, devenus peu rentables et dont la commercialisation est parfois arrêtée sans prévenir...

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/alertes-veilles-sanitaires>

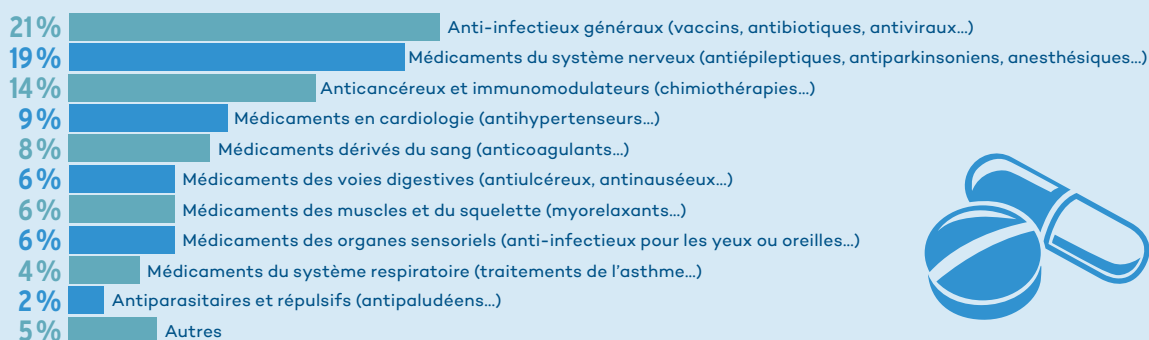
DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS: UN PROBLÈME QUI S'AMPLIFIE

Signalements en hausse des ruptures ou risques de rupture de stocks pour des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)



1 Français sur 4
déclarait en 2018 avoir déjà
été confronté à l'indisponibilité
d'un médicament.

Les 10 classes thérapeutiques les plus touchées



Le cas des anticancéreux

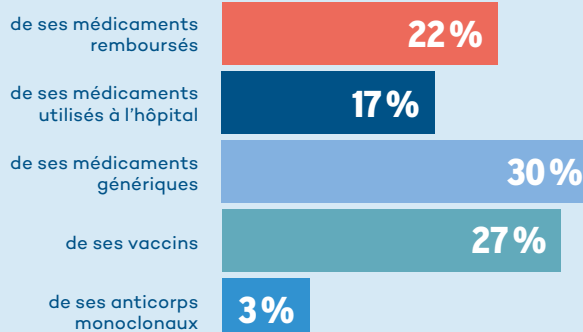


**3 médecins
cancérologues sur 4**
déclarent avoir déjà été confrontés
à des pénuries de médicaments et avoir constaté
des pertes de chance pour leurs patients.

10% des médicaments utilisés
en cancérologie font l'objet de
pénuries chaque année, entraînant
des ruptures dans les traitements.

Une autonomie pharmaceutique faible

**La France ne produit qu'une faible partie
des médicaments dont les patients ont besoin :**



TOURNÉE VACCINATION

VACCINATION COVID-19: UNE INJECTION À LA MAISON

Dans la métropole du Grand Nancy, des équipes mobiles composées de médecins et d'infirmiers se déplacent directement chez les plus vulnérables pour les vacciner contre la Covid-19. Un porte-à-porte qui sonne comme une arme supplémentaire dans la lutte contre la maladie.

Texte : Éric Allermoz | Photos : Philippe Gisselbrecht / Andia

QUI? Dans la métropole du Grand Nancy, des équipes mobiles coordonnées par la Plateforme territoriale d'appui sillonnent le territoire à la rencontre des personnes fragiles qui ne peuvent pas se rendre dans les centres de vaccination.

QUOI? Depuis le début de l'année 2021, plus de 2 500 personnes ont été vaccinées à leur domicile par un binôme composé d'un médecin et d'un infirmier.

POURQUOI? Difficultés à se déplacer, pas de médecin traitant ou simplement récalcitrants... Environ 15 % des plus de 70 ans ne sont toujours pas vaccinés dans le Grand Nancy.

À 9 heures, la tournée débute au centre de vaccination d'Heillecourt. Les deux professionnels de santé récupèrent le matériel préparé par l'équipe d'Olivier Babel, infirmier libéral référent du centre : liste des patients, matériel nécessaire, mallette de soins urgents et doses de vaccin Pfizer.



Le dispositif des équipes mobiles s'appuie sur une centaine de médecins et une centaine d'infirmiers libéraux. Cinq centres de vaccination gérés par des professionnels de santé libéraux du Grand Nancy organisent plusieurs journées de vaccination à domicile par semaine.

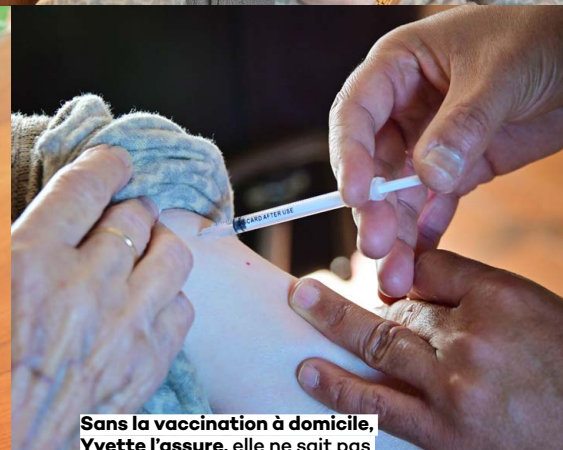
Assise dans son fauteuil près de la fenêtre, Odette relève doucement la manche de son élégant chemisier blanc. Elle tend le bras mais détourne le regard au moment où l'aiguille pique la peau. « C'est fini », rassure Habib El-Hasari, infirmier libéral qui vient d'administrer à Odette, 95 ans, sa troisième dose de Pfizer. « J'ai beaucoup de difficultés pour me déplacer. Si vous n'étiez pas venus, je ne serais pas vaccinée aujourd'hui », confesse la nonagénaire. Ce matin-là, la tournée d'Habib El-Hasari et de Didier Sartelet, médecin généraliste, les conduit chez sept personnes, à Nancy et dans les communes alentour. « Nous allons à la rencontre de celles et ceux qui sont passés entre les mailles des centres de vaccination, des pharmacies, des médecins. Il s'agit de personnes âgées dépendantes ou handicapées, de familles



Après l'injection, le docteur Sartelet reste aux côtés d'Yvette, 93 ans, pendant 15 minutes pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'effets indésirables.



A Jarville-la-Malgrange, près de Nancy, l'infirmier prend la tension de Pierrette, 94 ans, qui a chuté il y a quelques jours. Ces visites à domicile sont aussi une occasion de discuter, de prendre des nouvelles.



Sans la vaccination à domicile, Yvette l'assure, elle ne sait pas comment elle aurait pu se rendre dans un centre de vaccination.

précaires, en manque d'information ou qui ne peuvent pas se connecter à Doctolib. Certains n'ont pas de médecin traitant, d'autres ont longtemps été récalcitrants avant de changer d'avis », analyse le docteur Didier Sartelet, médecin généraliste à Heillecourt.

2500 personnes vaccinées dans leur salon

Repérer ces « oubliés » du vaccin est le fruit d'un travail de coordination orchestré par la Plateforme territoriale d'appui (PTA) du Grand Nancy, dans le cadre du Contrat local de santé. « Depuis janvier 2021, soit bien avant le lancement de la vaccination à domicile en France, deux réunions de crise par semaine nous permettent d'impliquer tout le territoire dans cette action : les professionnels de santé libéraux par la CPTS¹, les communes par la métropole, les CCAS², les services d'aides et de soins à domicile, les bénévoles,

les familles, le CHRU et les hôpitaux, l'ARS, la préfecture, etc. », détaille Éliane Abraham, médecin gériatre, directrice de la PTA.

Une démarche partenariale qui porte ses fruits. En neuf mois, 2500 personnes ont été vaccinées dans leur salon. Après l'accalmie constatée à la fin de l'été dans les centres de vaccination, le rythme devrait logiquement s'accélérer avec la campagne de la troisième dose pour les personnes de plus de 65 ans et à risque. Les équipes mobiles du Grand Nancy n'ont donc pas fini de sillonner les routes lorraines. Sans oublier les quelque 15 % des plus de 70 ans qui ne sont pas vaccinés dans cette métropole.

1. Communauté professionnelle territoriale de santé.
2. Centres communaux d'action sociale.

+ D'INFOS www.reseaugcunry.fr



CRISE SANITAIRE: LA VIOLENCE VIS-À-VIS DES MÉDECINS EN QUESTIONS

Avec...



D^R SOLANGE MOORE,
pédiatre à la retraite,
secrétaire général
adjoint CDOM59,
conseiller régional
des Hauts-de-France
de l'Ordre des médecins



D^R PAUL FRAPPÉ,
médecin généraliste
et président du Collège
de médecine générale

Ces derniers mois, plusieurs menaces et faits de violence envers des médecins ont été rapportés par la presse. Quelles sont les origines de ce phénomène et que dit-il du contexte actuel? Comment y faire face en tant qu'individu et à l'échelle de la société tout entière?

Texte : Dominique Fidel | Photos : DR



D^R JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président
du Cnom



GÉRALDINE BLOY,
maître
de conférences
en sociologie
à l'université
de Bourgogne

L'ESSENTIEL

- **Dans le cadre de la crise sanitaire,** des médecins ont été victimes de menaces et violences.
- **Frustrations, mécontentement, manque de temps...** les relations entre les médecins et leurs patients se sont tendues.
- **Mais pour l'heure, il est trop tôt pour affirmer que les violences ont réellement augmenté,** faute de données chiffrées.

D^r Solange Moore

Pédiatre retraitée active, j'ai tenu à m'engager dans la campagne de vaccination dès que possible. Depuis le mois d'avril, je me rends donc régulièrement au centre de vaccination mis en place par la CPTS La Luna de Maubeuge. Je peux témoigner d'une évolution de l'ambiance de la campagne à partir des annonces du président de la République en juillet. Alors que nous ne recevions jusqu'alors que des volontaires soucieux de se protéger et de protéger les autres, nous avons soudainement vu arriver des volontaires « contraints » et dernièrement, ceux qui arrivent sont essentiellement convaincus par la menace au portefeuille. Certains d'entre eux étaient très en colère vis-à-vis de ce qu'ils estimaient être une atteinte à leur liberté individuelle. À cela s'est ajouté parfois un afflux de gens très conséquent dans le centre qui avait la particularité d'être accessible sans rendez-vous. À la clé : un climat tendu, jusqu'au clash. Pour ce qui me concerne, j'ai été deux fois prise à partie par des personnes qui venaient se faire vacciner, d'abord par une dame qui me reprochait de l'avoir fait attendre puis par un homme qui m'a accusé d'être à la solde du gouvernement pour lui injecter du poison dans le corps. Certains de mes collègues se sont quant à eux vu traiter de « collabos ».

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES FAITS DE VIOLENCE ENVERS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ FRÉQUEMMENT ÉVOQUÉS CES TEMPS-CI ?

D^r Paul Frappé

Le contexte général est naturellement anxiogène : il réveille les craintes profondes de la maladie et de la mort et il porte atteinte à plusieurs dimensions cruciales du bien-être telles que nos relations sociales, notre liberté de circuler ou encore le travail. De plus, le cadre instable et flou, avec des sons de cloche variés relevant pour certains de la médecine spectacle et des changements de recommandations fréquents, a mis la pression sur les médecins qui se sont parfois retrouvés pris en défaut par manque de temps. Cela a contribué à abaisser le seuil de résistance aux frustrations et a tendu les relations entre les médecins et leurs patients. Ce qui, en temps normal, génère un simple mécontentement, déclenche plus facilement des réactions exacerbées. Un refus d'arrêt de travail, un rendez-vous tardif, des situations sans réponse de la part du système de santé sont plus susceptibles qu'avant de donner lieu à des dérapages verbaux, voire physiques. Surtout quand les réserves d'énergie du médecin en face sont sérieusement entamées par 18 mois de pandémie...

D^r Jean-Marcel Mourgues

Pour l'heure, il est encore trop tôt pour affirmer que les violences ont réellement augmenté, faute de données chiffrées. Ces dernières seront disponibles en début d'année prochaine avec la parution du rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Mais intuitivement, on peut s'attendre à des chiffres en hausse, d'une part parce que l'année 2020 était une année plutôt « calme » en raison de la moindre activité de la plupart des structures de soins (hors Covid) et d'autre part parce que de nombreux témoignages dans la presse laissent entendre qu'un nombre non négligeable de nos confrères sont confrontés depuis quelques mois à des faits d'intimidation et/ou de violence. La raison de cette situation réside, à mon avis, dans l'électrisation des débats autour du vaccin et du passe sanitaire dans lesquels les médecins ont pu faire figure de boucs émissaires.

Géraldine Bloy

Nous manquons de données fiables sur cette évolution supposée des violences, même si je pense qu'elles sont signalées plus systématiquement. Au-delà des chiffres, il importerait de caractériser les contextes dans lesquels la violence surgit, pour comprendre quels ingrédients l'alimentent, produisent le dérapage ou l'escalade. Qui agresse qui, en termes de profil d'âge, de sexe, de profession ? Est-on sûr que les médecins soient les plus exposés des soignants ? Et les personnels en première ligne dans les centres de vaccination ou aux urgences ? Aux sources de la colère, les motifs de frustrations sont certainement variés : pouvoir accompagner ou visiter un proche en institution, être priorisé pour l'accès au vaccin, obtenir un certificat ou un arrêt de travail, la programmation d'une intervention reportée, etc. Les 18 derniers mois ont sursollicité les ressources d'adaptation des soignants comme celles des patients. Le passe sanitaire et la vaccination arrivent après tellement de restrictions de liberté et de confusions dans les messages passés...

COMMENT PRÉVENIR CES VIOLENCES?

D^r Paul Frappé

D^r Solange Moore

D^r Jean-Marcel Mourgues

Face à une situation multifactorielle, la réponse ne peut être que multifactorielle. Je crois qu'il est indispensable de s'attacher aux facteurs d'instabilité et de tension. D'abord, les médecins doivent pouvoir s'appuyer sur un cadre lisible et sans ambiguïté. C'est ce à quoi le Collège de médecine générale a voulu contribuer à travers le site Coronaclic qui propose des données accessibles et horodatées pour permettre aux médecins de rester au contact de l'information utile et à jour sans être noyés par des monceaux de messages parfois contradictoires ou dépassés avant d'être lus. Je crois plus généralement que le contexte actuel devrait signer la fin véritable du modèle paternaliste sur lequel sont parfois encore établies les relations médecin-patient. Dans une crise comme celle-ci, il est nécessaire d'embarquer tout le monde. Et ça, seul un modèle de décision partagée l'autorise. Enfin, je voudrais insister sur la nécessité de prendre soin de nous-mêmes. L'été dernier, beaucoup de médecins ont vu leur résistance diminuer, ce qui a pu les empêcher de trouver les mots qui auraient évité l'embrasement. Nous avons le devoir de dire stop quand nous sommes trop fatigués. Sur ce point, je salue l'ordonnance de juillet dernier relative à la certification périodique qui oblige les médecins à mieux prendre en compte leur santé personnelle.

On ne choisit pas la médecine par hasard; nous sommes en majorité des personnes empathiques et résolument non violentes, animées par la volonté de prendre soin de nos concitoyens. Ces attaques, nous les vivons comme des blessures individuelles, mais à travers nous, ce sont tous les soignants qui souffrent. J'ai l'impression que dans notre société, le respect vis-à-vis de ceux qui sont au service des autres est de plus en plus mis à mal. Je pense qu'il y a là un sujet de réflexion important pour l'avenir de notre nation. Au niveau individuel, nous ne pouvons pas réellement changer la donne mais au cours de ma longue carrière, j'ai pu élaborer quelques petites stratégies pour prévenir les dérapages. Par exemple, j'ai toujours tenu à porter une blouse pour marquer une petite distance, j'ai vouvoyé mes patients sauf les tout petits et, plus généralement, je me suis toujours efforcée de me respecter pour me faire respecter...

Géraldine Bloy

La restauration d'un modèle paternaliste où l'autorité médicale descendante ne rencontrerait aucun obstacle me semble illusoire. De façon générale, les médecins ont le sentiment de beaucoup donner mais on sait que les patients prennent aussi beaucoup sur eux. Les conditions dans lesquelles les soignants exercent contraignent leur disponibilité et le sens du soin. La pandémie est arrivée dans un contexte déjà très tendu en matière démographique, organisationnelle, économique. Au niveau du pouvoir central, elle a été gérée de façon peu concertée, l'idée d'un comité citoyen aux côtés du comité scientifique n'a pas été concrétisée. Nous n'avons pas vécu un grand moment de démocratie sanitaire, ni d'ailleurs parlementaire. Cultiver la démocratie, la transparence, cela fait partie de la prévention des violences. D'autant que les représentations actuelles semblent situer le corps médical du côté du pouvoir institutionnel.

Force est de reconnaître qu'il est très difficile de prévenir les situations à risque dans le contexte actuel: les peurs et les colères qu'il génère sont souvent largement irrationnelles et par conséquent quasiment impossibles à anticiper. Les médecins ont besoin de temps pour développer une argumentation scientifique robuste et accessible. Ceux qui sont fermement opposés aux vaccins, par exemple, ont souvent une bataille d'avance. Je pense personnellement que la voie de prévention la plus sûre à l'échelle individuelle demeure la relation de confiance entre le médecin et son patient. Par ailleurs, une réflexion devrait être engagée sur la consolidation du socle d'enseignement scientifique dans notre pays afin que chacun de nos concitoyens puisse développer son esprit critique. Il y a aussi besoin d'enrichir la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière de communication avec les patients car la violence est parfois l'expression du sentiment de ne pas avoir été écouté.

QUEL COMPORTEMENT ADAPTER FACE AUX PAROLES OU AUX ACTES VIOLENTS ?

D^r Jean-Marcel Mourgues

Le meilleur conseil que je puisse donner à un médecin confronté à des menaces ou à une agression est de ne surtout pas rester sans rien faire. Je lui suggère de se rapprocher de son conseil départemental de l'Ordre. Ce dernier est à même de l'écouter et de l'accompagner pour un éventuel dépôt de plainte. Dans certains cas, il peut également arriver que le conseil départemental se porte partie civile en soutien du praticien. Les victimes de faits de violence peuvent aussi se rapprocher du référent ordinal sécurité ou de l'entraide. Originellement dédiés au repérage des situations de violence intrafamiliales, ils sont aussi disponibles, en lien avec les parquets, pour l'accompagnement de leurs confrères.

D^r Paul Frappé

Personnellement, je m'appuie sur un document publié par la HAS qui présente les stratégies de désamorçage de situations à risque de violence qui comporte un tableau très clair que je montre à tous les internes. Même si cet outil est destiné à l'origine aux patients en psychiatrie, il me semble parfaitement adapté au quotidien de tous les professionnels de santé. Il repose sur cinq piliers. Le premier est le contrôle de soi, pour une maîtrise des signaux verbaux et non verbaux qui risquent de nourrir le feu : garder les bras baissés et les mains ouvertes par exemple, ou ne pas chercher à se justifier. Les autres axes sont la clarification, la résolution, la délimitation – s'isoler avec le patient en laissant un espace de sortie pour lui comme pour vous – et bien sûr le respect et l'empathie dont nous ne devons jamais nous départir. Il existe également des formations sur ce sujet et il ne faut pas hésiter à en profiter.

D^r Solange Moore

Le plus important est de ne pas rester seul avec ce qui nous arrive. Je sais que nous avons été formés dans une culture de l'excellence et que le fait de partager un fait de violence avec qui que ce soit peut, pour certains, être perçu comme un aveu de faiblesse insupportable, mais ne rien dire crée des blessures bien plus conséquentes. J'ai été dans cet état d'esprit. Il y a une vingtaine d'années, je me suis fait brutalement injurier par une patiente à qui je n'avais pas réussi à trouver une place dans mon planning surchargé. A l'époque, par peur du ridicule et peut-être parce que je me sentais coupable, je n'en ai parlé à personne, pas même à mon mari. Aujourd'hui encore, ça me fait mal, comme une gifle en plein visage. Je crois que si je m'en étais ouverte à d'autres, j'aurais oublié. Il faut arriver à changer ce mode de fonctionnement dans la tête des médecins. Cela pourrait par exemple passer par la structuration de groupes de parole sur les territoires.

Géraldine Bloy

Il y a des éléments de réponse dans les façons de communiquer avec les patients, c'est un premier niveau de « recettes » à considérer pour éviter les maladroites qui enveniment le soin. Prendre soin de la relation, ne pas perdre ni faire perdre la face. Mais on peut réfléchir aux interactions en approfondissant la compréhension du vécu, subjectif et social, des soignants comme des soignés. Les sciences humaines et sociales y travaillent. La sociologie ou l'histoire montrent que la relation de soin est traversée par des rapports sociaux et des rapports de pouvoir, même en dehors des périodes de crise, mieux vaut en avoir conscience. Cela amène à réfléchir sur les modèles de formation, les organisations de soins et l'institution médicale dans son « contrat » avec la société. La culture médicale s'est longtemps accommodée de formes de rivalités brutales en son sein, au détriment des plus faibles, comme si c'était un passage normal pour prétendre au statut de médecin.

DES PARCOURS PROFESSIONNELS ET DES EXERCICES DE PLUS EN PLUS MIXTES

Textes : Sophie Włodarczak |
Photos : iStock

L'ESSENTIEL

- **Juridiquement, le mode d'exercice mixte désigne** le fait de cumuler une activité salariée et une activité libérale.
- **L'intérêt de la mixité réside en partie dans le cumul des avantages** que peuvent offrir ces deux modes d'exercice.
- **Au-delà, la mixité peut être considérée d'une façon plus large, plus générale.** De nombreux médecins ont une « double casquette » : des médecins pompiers, des médecins maîtres de stage, des médecins entrepreneurs...
- **Une série de témoignages de professionnels** illustre cette mixité au sens large. Rencontres !

**Dr Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

La diversité des exercices professionnels individuels des médecins...

... illustre parfaitement les multiples facettes du rôle du médecin attendu par notre société.

Le médecin d'aujourd'hui peut, dans son parcours individuel de formation postuniversitaire, façonner un exercice avec des possibilités d'activités de plus en plus diverses et complémentaires mais toujours avec un même objectif, être au service de ses patients, de la population qui l'environne en proximité au sein de son territoire.

Aujourd'hui, la mixité des exercices, la diversification des pratiques qui enrichissent l'actualisation permanente

des compétences sont autant de possibilités nouvelles qui permettent d'éviter l'isolement du professionnel ou l'installation d'une forme de routine dans son exercice.

Cette série de témoignages, pris dans la « vraie vie des médecins » sur l'ensemble du territoire, nous en détaille toute une palette. Les parcours sont riches, passionnants et confirment s'il en est besoin, et il s'avère quelques fois nécessaire de le rappeler à nos interlocuteurs, la valeur du lien fondamental qui existe dans notre société entre le citoyen et le médecin.



Médecin libéral et salarié de l'hôpital, médecin et enseignant, médecin et pompier... Chez les médecins, la mixité prend de l'ampleur. Réglementairement, « *le mode d'exercice mixte désigne le fait de cumuler une activité salariée et une activité libérale. Il permet de diversifier son exercice et d'enrichir ses pratiques professionnelles* », rappelle le D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel du Cnom. C'est l'occasion pour le médecin d'expérimenter différentes conditions de travail auprès de publics variés, de s'adapter à des contextes multiples ou encore de s'essayer à diverses façons d'exercer (en équipe, par exemple). Mais surtout, « *l'intérêt de la mixité réside dans le cumul des avantages et la diversité que peuvent offrir ces deux modes d'exercice* », détaille le D^r Simon.

LES AVANTAGES DES MODES D'EXERCICE

Exercice libéral	Exercice salarié
Le médecin libéral choisit son lieu d'exercice, maîtrise son emploi du temps et gère l'organisation de son environnement professionnel. Cette liberté de choix lui permet de mettre en adéquation son activité, ses choix de vie et les besoins qui en découlent. Il est dans une relation très forte et très directe avec ses patients puisqu'ils l'ont choisi.	• Assure une activité et garantit des revenus réguliers. • Libère le médecin des contraintes inhérentes à l'exercice libéral : Constitution d'une patiente, gestion du cabinet, gestion des conflits. • Favorise le travail en équipe que ce soit à l'hôpital, en établissement ou en centre de santé, rendant l'exercice moins solitaire. • Permet de bénéficier des avantages sociaux des salariés.



Portrait-robot du médecin en exercice mixte

Et pour cause : l'exercice mixte occupe une place de plus en plus importante dans l'exercice professionnel des médecins. Alors que 23 473 médecins actifs se déclaraient en activité mixte en 2010, ils étaient 24 612 médecins en 2021, soit près de 11 % de l'ensemble des médecins actifs (230 351 médecins actifs enregistrés en 2021). Les spécialistes médicaux sont les plus représentés parmi les professionnels en activité mixte (47 %), viennent ensuite les médecins spécialistes en médecine générale (29 %). Les spécialistes chirurgicaux ferment la marche avec 24 %. Parmi les médecins ayant une activité mixte, 65 % déclarent que l'activité libérale est leur activité principale.
La typologie des médecins en exercice mixte fait ressortir une surreprésentation des hommes par rapport



“ **L'intérêt de la mixité réside dans le cumul des avantages et la diversité que peuvent offrir ces deux modes d'exercice** ”



D^r FRANÇOIS SIMON,
président de la section Exercice
professionnel du Cnom

aux femmes (62 % d'hommes et 38 % de femmes). Les médecins en activité mixte sont davantage des médecins expérimentés, voire en fin de carrière : 61 % d'entre eux ont plus de 50 ans. Les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 55-74 ans : ils représentent à eux seuls 44 % des médecins en exercice mixte. Les plus jeunes médecins, ceux de moins de 40 ans, ne représentent que 17,4 %.

Un exercice mixte plutôt adapté aux fins de carrière...

« Souvent, l'activité mixte fait écho au parcours d'un médecin qui a exercé en libéral et qui souhaite s'ouvrir à de nouvelles perspectives professionnelles tout en gardant une activité libérale », explique le D^r Simon du Cnom. Mais ce changement de mode d'exercice n'est pas anodin et peut avoir

une incidence financière importante. En effet, une diminution du temps d'activité libérale entraînera automatiquement une diminution du revenu brut mais pas nécessairement une diminution du même ordre des frais fixes de fonctionnement du cabinet. Conséquence : « *Le passage de l'activité libérale à l'activité mixte se fait souvent lorsque le médecin a déjà quelques années d'exercice professionnel libéral à son actif. Les motivations peuvent être diverses : un besoin de varier son quotidien, d'explorer de nouveaux champs d'activité ou de mettre en pratique des formations acquises au cours du cursus, de passer le cas échéant d'un exercice isolé à un exercice en équipe, ce qui explique une surreprésentation des médecins expérimentés et en fin de carrière parmi les médecins mixtes* », détaille le D^r François Simon. →

L'EXERCICE MIXTE EN CHIFFRES

- En 2010, **23 473 médecins actifs** se sont déclarés en activité mixte.
- En 2021, ils sont **24 612 médecins**.
- Les spécialistes médicaux sont les plus représentés parmi les médecins en activité mixte (47 %), viennent ensuite les médecins généralistes (29 %). Les spécialistes chirurgicaux ferment la marche avec 24 %.
- Parmi les médecins ayant une activité mixte, la grande majorité déclare avoir **une activité libérale comme activité principale, à savoir 65 %**.


... mais dont l'attractivité se renforce auprès des jeunes médecins

Toutefois, l'attractivité de l'exercice mixte auprès des jeunes médecins devrait perdurer. L'évolution positive de l'effectif des médecins à exercice mixte tient principalement à l'augmentation du nombre de médecins intermittents* qui se tournent vers cet exercice : ils sont 2118 en 2021.

Les médecins intermittents mixtes ont un profil très jeune : près de 60 % d'entre eux ont moins de 40 ans. « *L'étude menée par le Cnom en 2019 sur les choix d'installation des jeunes médecins montre une réelle aspiration des jeunes pour l'exercice libéral, mais dans les faits, ils préfèrent souvent s'orienter vers le salariat pour plus de sécurité financière et donc personnelle* », décrit le Dr Simon. En ce sens, le mode d'exercice mixte apparaît comme un bon compromis entre exercice salarié et exercice libéral.

Concevoir la mixité au sens large

La mixité peut se concevoir de façon plus large, plus générale. En effet de nombreux médecins ont une « double casquette » : au-delà de leur exercice habituel ils peuvent être médecin pompier, médecin généraliste enseignant, médecin généraliste salarié, médecin maître de stage... la mixité ne s'entend pas seulement en matière d'exercice de la médecine, mais aussi en termes d'activité extra-médicale. Rien d'étonnant dans un monde de la santé en pleine ébullition où les pratiques évoluent. Mais alors, qui sont ces médecins 2 en 1 ? Comment conjuguent-ils leur double profil médical ? Dans quel but décident-ils de faire entrer cette diversité dans leur exercice ? Pour illustrer cette possibilité d'avoir plusieurs carrières en tant que médecin, place à une série de témoignages inspirants. Rencontres.

*L'activité intermittente concerne essentiellement les médecins remplacements libéraux ou ceux en contrats salariés courts.





DR ALINE RAMOND-ROQUIN

Médecin généraliste au pôle de santé de Craon (Mayenne) et maîtresse de conférence au département de médecine générale d'Angers.

«CE NE SONT PAS DES ACTIVITÉS QUI N'ONT RIEN À VOIR L'UNE AVEC L'AUTRE»

Je suis médecin généraliste au pôle santé pluriprofessionnel (PSP) de Craon depuis 2009, en libéral. Dans ce cadre, j'exerce aussi à l'hôpital local du sud-ouest mayennais où j'hospitalise mes patients. De plus, je suis maîtresse de conférences des universités au département de médecine générale d'Angers depuis 2019. J'y enseigne et fais de la recherche depuis 2011.

Ces deux casquettes sont très imbriquées. D'un côté, j'ai vraiment une activité d'universitaire tournée vers ma discipline : j'enseigne aux étudiants des aspects propres à la médecine générale et aux soins primaires. Je suis d'ailleurs plutôt investie dans le cadre du 3^e cycle auprès des internes qui se destinent à cette spécialité. Quant à mes travaux de recherche, ils portent sur la question de l'exercice en médecine générale et des organisations pluriprofessionnelles en soins primaires.

De l'autre côté, dans mon champ d'exercice, il y a sans cesse des activités universitaires qui s'intègrent. Je suis, par exemple, **maître de stage**. À ce titre, j'accueille une demi-journée par semaine un étudiant en 2^e cycle et une journée par semaine un étudiant en 3^e cycle. Cela fait partie de mes missions universitaires mais tout se déroule sur mes jours d'exercice clinique. Il y a aussi des projets de recherche qui s'organisent sur mon lieu d'exercice, que ce soit des internes que j'encadre pour leur thèse ou des projets de recherche plus conséquents.

Au quotidien, il y a donc vraiment une intégration de ces activités. Je ne peux pas dire qu'une

journée est exclusivement liée à la clinique ou à l'universitaire car c'est rarement le cas. C'est très poreux et c'est voulu comme cela car c'est ainsi que tout prend du sens. Ce ne sont pas des activités qui n'ont rien à voir l'une avec l'autre, au contraire.

De la même manière, les jours où je suis au PSP, je rends visite à mes patients hospitalisés **à l'hôpital local, dont je suis le médecin traitant**, avant de commencer mes consultations. Cette structure est un outil intéressant : **composée de médecins généralistes libéraux** qui interviennent auprès de leurs propres patients, elle dispose d'un service de médecine, de soins de suite, de long séjour. Il y a aussi une maison de retraite. Donc à nouveau, tout est mêlé : je vois mes patients au cabinet ou à l'hôpital local. Cette continuité de prise en charge est essentielle et elle est facilitée par cet hôpital qui est un plus dont je dispose pour suivre mes patients.

J'ai toujours souhaité avoir une démarche réflexive : me questionner sur les pratiques, sur la façon dont les patients sont pris en charge, dans le but d'améliorer les pratiques. D'où mon investissement dans la recherche. Concernant l'enseignement, la réflexion est la même. L'idée est de participer à la formation initiale des futurs médecins généralistes pour offrir des soins de qualité aux patients. Selon moi, **former fait partie du rôle des médecins**. D'ailleurs, la profession est de plus en plus impliquée. Sur ma subdivision, il y a entre un quart et un tiers des médecins généralistes qui accueillent des étudiants en stage, ce qui est une proportion très importante.

**PR GLADYS IBANEZ**

Médecin généraliste, professeur des universités et directrice du département de médecine générale à la faculté de médecine Sorbonne Université.

« LES ACTIVITÉS DE MÉDECIN ET DE CHERCHEUR SONT D'UNE COMPLÉMENTARITÉ TOTALE ET INDISPENSABLE »

Je suis médecin généraliste dans un centre municipal de santé. Cette activité m'occupe une partie de la semaine mais j'ai d'autres engagements en lien avec mon parcours universitaire.

En effet, après avoir été chef de clinique et maître de conférence, je suis désormais professeur des universités depuis 2020. J'ai aussi un parcours en santé publique avec un master 2, une thèse et une habilitation à diriger la recherche dans cette discipline.

Ce double cursus m'offre une grande palette de points de vue. Il m'a donné accès à différentes casquettes dont celle de directrice du département de médecine générale à la faculté de médecine Sorbonne Université.

Pour moi, prendre la direction de ce département représente une vraie continuité dans mon parcours professionnel. Après 12 ans de travail, d'études et quelques concessions, c'est très stimulant de pouvoir travailler au sein d'une équipe que je connais bien. J'encadre des personnes et de façon collective, nous menons de front des projets, nous concevons l'enseignement proposé aux étudiants et nous nous investissons dans la recherche pour offrir des soins plus pertinents et efficaces aux patients. **Ma mission est de faire connaître la médecine générale.** Un tel

parcours permet d'avoir **une vision globale de la santé**, qui m'est utile en tant que médecin mais aussi en tant que membre d'un collectif. Le travail à la faculté me donne l'occasion d'être en contact avec différentes personnes, différentes interfaces, le tout dans le but de porter les idées auxquelles je crois.

Je m'investis aussi beaucoup dans la recherche.

Je suis membre de l'équipe Eres en épidémiologie sociale à l'Inserm. Je préside également une association de médecine générale, SFTG Recherche, qui vise à développer la recherche en médecine générale. Enfin, je participe à des activités du Collège de la médecine générale (CMG) où, en ce moment, nous essayons de porter des recommandations pour mieux accompagner les personnes vulnérables socialement.

À mon sens, **les activités de médecin et de chercheur sont d'une complémentarité totale et indispensable.** Quand on est avec des patients, on va identifier des besoins, des difficultés, des choses à améliorer. Quand on est dans l'équipe de recherche, on peut mobiliser des moyens, des ressources pour progresser. C'est ce qui m'anime.

**DR MARIE-CHARLOTTE LEMOUZY**

Médecin généraliste en MSP à Espalion dans l'Aveyron
et médecin sapeur-pompier volontaire.

« AVEC LES POMPIERS OU DANS LA MSP, J'AIME LA POSSIBILITÉ DE TRAVAILLER EN ÉQUIPE »

Je suis médecin généraliste formée à Toulouse. J'ai eu mon internat en 2015, j'ai terminé ma thèse en 2018 et dès que j'ai pu, j'ai souhaité m'installer en libéral avec mon conjoint. Pour faciliter l'accès aux soins dans notre département, l'Aveyron, nous avons ouvert au printemps 2019 une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) à Espalion.

Je suis aussi médecin sapeur-pompier volontaire. J'ai eu l'occasion de me former aux soins d'urgence avec les pompiers lorsque j'étais interne.

Une fois mes études terminées, j'ai décidé de prêter main-forte à la caserne d'Espalion.

Avec deux objectifs : faire gagner du temps aux secours et rendre service à la population.

Aujourd'hui, malgré un emploi du temps très chargé, j'interviens ponctuellement en cas de besoin.

Que ce soit au sein de la MSP ou avec les pompiers, **j'aime la possibilité de travailler en équipe.**

Ces deux casquettes sont très liées même si elles m'apportent des compétences différentes.

Être médecin sapeur-pompier volontaire me permet d'avoir une meilleure gestion de l'urgence, de voir des cas concrets, **de rassurer la population et de soulager les pompiers.**

Mon exercice au sein de la MSP reste un projet extrêmement stimulant, guidé par la volonté d'aider les patients.

En plus des consultations, j'essaye de faire vivre le lieu : recrutement de professionnels pour avoir un maximum de soins locaux, achat de matériel de pointe, informations auprès des patients, organisation d'ateliers...

C'est un travail d'envergure car la coordination entre les médecins est parfois difficile. Mais je suis convaincue qu'il faut que nous travaillions ensemble, surtout dans cette région qui manque foncièrement de médecins.

**DR PASCALE KARILA-COHEN**

Médecin radiologue au CHU Bichat-Claude-Bernard
et fondatrice de Docndoc.fr.

« ON EST MÉDECIN UN JOUR, ON EST MÉDECIN TOUJOURS »

Je suis médecin radiologue. Au cours de ma carrière, j'ai été salariée dans des structures hospitalières ou dans des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). De 2010 à 2013, j'ai effectué des remplacements avant de reprendre une activité de salariat à temps partiel à l'hôpital universitaire de Bichat-Claude-Bernard (Paris, XVIII^e).

Ces trois années de remplacement ont été un véritable déclic pour moi. Je me suis rendu compte du profond manque de cohérence sur l'organisation des remplacements à l'échelon national. Le plus souvent, les remplacements ne sont proposés que localement ou par le bouche-à-oreille. J'ai constaté aussi des problèmes dans la tarification des missions : celles-ci n'étaient pas toujours à la hauteur du travail fourni. J'ai entrepris **d'informatiser et d'automatiser ces tâches** pour permettre aux médecins de se retrouver entre eux, dans toute la France, en ouvrant la possibilité d'avoir du remplacement, de l'information et de l'emploi dans des zones méconnues ou différentes du lieu d'habitation ou de formation du médecin. C'est ainsi qu'est née la plateforme Docndoc, en 2014.

Après quatre années à affiner le projet et une étude du concept auprès des confrères, la plateforme est devenue une entreprise en 2018. Entre-temps, j'ai également pris conscience de la détresse, du burn-out et du mal-être de mes confrères et consœurs dus au manque de médecins dans les zones dites des « déserts médicaux ». Un nouvel objectif s'est imposé à moi et

il est toujours au cœur de mes préoccupations : inciter des professionnels issus d'un milieu plutôt urbain à s'installer dans des zones rurales ou semi-rurales, souvent très riches d'un point de vue touristique et sur le plan de la qualité de vie, même si le métier de médecin de campagne ne fait plus du tout rêver les jeunes aujourd'hui. L'idée est de mettre en avant la richesse touristique des régions pour attirer les médecins, notamment avec leur famille. Le concept est d'associer un projet médical avec un équilibre personnel dans une région offrant une bonne qualité de vie.

Cette aventure entrepreneuriale ne change en rien ma vocation. Quand on est médecin un jour, on est médecin toujours ! Donc je reste médecin radiologue, quoi qu'il arrive !

Cette double casquette m'apporte beaucoup de satisfaction. **J'ai le sentiment de rendre service à mes patients mais aussi à mes confrères.** C'est gratifiant de pouvoir leur trouver des remplaçants ou des successeurs. De plus, cette expérience a développé ma curiosité : j'ai appris sur le tard comment gérer une entreprise, comment parler « commercial », comment communiquer sur les réseaux sociaux... Ces termes sont inconnus des médecins. La publicité est interdite et le rapport commercial est hors de propos pour les médecins. Ce sont deux schémas opposés qui sont très enrichissants à vivre. Moralité : on apprend et on s'adapte à tout âge.

La curiosité et l'engagement sont des moteurs puissants pour l'épanouissement professionnel !



DR PIERRE GRAUX

Professeur à la faculté libre de médecine et maïeutique de Lille, cardiologie – Rythmologue et praticien chef du service cardiologie-soins intensifs.

«CE SERVICE, C'EST UNE PME!»

Quand j'ai débuté en tant que praticien hospitalier (PH) à Lille, les moyens de notre groupe hospitalo-universitaire n'étaient pas considérables. J'avais besoin d'un complément d'activité et de revenus. Je souhaitais aussi progresser, acquérir de nouvelles compétences en autonomie, évoluer dans une autre structure. Alors je me suis impliqué dans un centre de santé à Billy-Montigny (62) en tant que salarié dans le cadre du réseau Carmi devenu Filiéris. Cette expérience fut vraiment intéressante : prendre en charge le patient de A à Z, aller à l'essentiel, faire des synthèses très rapidement, établir des diagnostics en autonomie, ce n'est pas facile à l'hôpital, à moins de faire des consultations ou d'être systématiquement aux urgences. Et j'ai aussi beaucoup appris sur la relation avec les patients : aller vers eux, créer de la confiance, tisser du lien...

Je continue de pratiquer ce double exercice une à deux demi-journées par semaine, mais j'ai dû réduire cette activité hors hôpital en raison de mes implications, notamment à l'hôpital et à l'université. Cela dit, **j'encourage mes jeunes PH à expérimenter ce type de pratique en centres de santé.** Pour moi, cela va dans le sens de l'éthique du médecin, qui est d'être au service de tout type de population, notamment dans des zones appelées maintenant « déserts médicaux » qui peuvent se situer à une demi-heure des grandes métropoles.

En ce qui concerne ma situation actuelle à l'hôpital, je suis presque devenu entrepreneur ! Quand j'ai récupéré le service de cardiologie il

y a douze ans, il y avait huit PH avec ou sans fonction universitaire. J'ai essayé de créer une dynamique, d'investir intelligemment dans le matériel et les hommes, de développer les soins, de modifier la taille du service et d'être à l'équilibre financièrement... Désormais, ce service compte 70 lits et je gère 25 cardiologues et plus de 150 personnes. Ce service, c'est une PME !

Cet aspect management est loin d'être évident : il faut sans cesse s'adapter à la demande des nouveaux PH, notamment en début de carrière, faire en sorte qu'elle/il trouve sa place dans l'équipe mais dispose aussi d'une possibilité de créer une relation plus personnelle avec les patients dont elle/il se sentira particulièrement responsable. Sauf qu'en médecine, on apprend à faire du diagnostic, pas à gérer l'humain. C'est donc un véritable challenge qui, je dois l'avouer, me donne beaucoup de satisfactions. Aujourd'hui, les PH qui n'ont pas de vacations de consultation hors hôpital en demandent : cette capacité, **cette volonté à exporter son savoir à distance de l'hôpital** fait maintenant partie des gènes du service. Cette problématique est d'autant plus présente que les locaux de consultation de l'hôpital sont saturés (il y a plus de 8 000 consultations de cardiologie par an sur site).

En fine, le chef de service doit, à mon sens, donner l'exemple et valoriser ces consultations externes en les limitant toutefois à une vacation par semaine hors hôpital. Ainsi, **ces médecins rendent service à la population de leur région** tout en donnant l'essentiel de leur temps à l'hôpital qui est un réel creuset de formation continue.

**DR SOLANGE MOORE**

Ancienne pédiatre, conseillère ordinale au Conseil régional de l'Ordre des médecins des Hauts-de-France.

« POUR MOI, LA RETRAITE, C'EST LE TRAVAIL EN TEMPS CHOISI »

Je suis une ancienne pédiatre, « **accessoirement** » retraitée. Dans ma tête, c'est toujours une option, je n'ai toujours pas intégré ce nouveau statut !

J'ai fait mes études de médecine et ma spécialisation à la faculté de médecine de Strasbourg. Puis j'ai suivi mon mari à Maubeuge, où il y avait a priori peu d'opportunités professionnelles pour moi. J'ai commencé par faire des vacations en protection maternelle et infantile mais elles ne m'apportaient pas ce que je voulais. J'ai alors postulé à un contrat de remplacement comme médecin conseil et j'ai occupé ce poste pendant neuf mois. Ensuite, j'ai passé le concours de praticien hospitalier pour décrocher un poste en néonatalogie et en maternité. Au bout de dix ans, la fonction hospitalière était un peu lourde à porter. En 1989, décidée à ne plus faire de garde, je m'installais en libéral. Très vite, le manque de pédiatres dans l'établissement où mon époux était gynécologue obstétricien m'a amenée à reprendre une activité en maternité et les astreintes. Tout cela jusqu'à ma retraite en janvier 2018. J'oubliais : de 2014 à 2016, j'ai été **adjointe à la santé, aux personnes âgées et aux personnes porteuses de handicap** dans une petite municipalité de 7 500 habitants !

C'est un parcours très riche que j'ai apprécié. Et à vrai dire, deux mois après ma retraite... je m'en-nuyais. Alors je me suis impliquée dans différentes structures. Actuellement, je suis pédiatre référente dans deux crèches. J'interviens régulièrement dans un établissement de santé dans le cadre des thèmes des 1 000 premiers jours auprès des femmes enceintes. Il m'arrive aussi

de faire des interventions en visioconférence à destination des parents sur des thématiques comme « partir en vacances » ou « le sommeil de l'enfant ». **En parallèle, je suis conseillère ordinale** depuis 2008 et secrétaire générale adjointe du conseil départemental de l'Ordre du Nord depuis deux ans. Je suis également conseillère ordinale au Crom Hauts-de-France. À ce titre, je siégeais au sein de la commission Santé-prévention de l'ARS. À cela s'ajoute une matinée de consultations par semaine à la polyclinique du Parc à Saint-Saulve. Dernière chose : je viens de rentrer de Guadeloupe où **j'ai été renfort sanitaire pendant quinze jours** en tant que médecin dans le cadre de ma spécialité de pédiatre.

Mon emploi du temps est donc encore bien chargé. Je suis à la retraite mais en moyenne, quatre jours de la semaine restent encore très occupés. Cela me convient parfaitement car pour moi, la retraite, c'est le travail en temps choisi. Mon cerveau s' imagine avoir encore 30 ans ! Il a besoin de se nourrir de toutes ces activités. D'ailleurs, je m'investis toujours dans le cursus de formation médicale continue. Cela me permet de garder le contact avec les autres. Même si à un moment donné, dans notre parcours de médecin, on se dit « vivement que je m'arrête », le jour où cela se produit, la réflexion est difficile et passer de tout à rien est un vrai défi.

Cahier **Mon** exercice

28 E-SANTÉ

Site monespace.medecin.fr

29 DÉCRYPTAGE

- Accès au dossier médical d'un défunt
- Information et consentement des mineurs et majeurs non protégés

32-35 ÉLECTIONS

INTERDICTION D'ÉTABLIR DES « CERTIFICATS DE VIRGINITÉ »

Consécutivement à la promulgation de l'article 30 de la loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République, l'établissement d'un « **certificat de virginité** » par un professionnel de santé est interdit et puni par la loi. Désormais, aux termes de l'article L. 1110-2-1 du code de la santé publique (CSP), « un professionnel de santé ne peut établir de certificat aux fins d'attester la virginité d'une personne ». L'établissement d'un tel certificat est réprimé par l'article L. 1115-3 du CSP : « l'établissement d'un certificat en méconnaissance de l'article L. 1110-2-1 est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

+ D'INFOS • L'article « Certificats de virginité » : accompagner les patientes, une priorité, pp.30-31 du BOM n° 71, disponible en ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/1v5iz4m/medecins_71.pdf
• Certificats de virginité. Documentation d'information à destination du médecin, disponible en ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/u9xikj/cnom_certificats_de_virginite.pdf

PARU AU JO

**DÉCRET N° 2021-1255
DU 29 SEPTEMBRE 2021**
Relatif à la réforme
du financement des
activités de psychiatrie.

ARRÊTÉ DU 1^{ER} OCTOBRE 2021
modifiant l'arrêté du 13 novembre
2017 relatif à la méthodologie
applicable à la profession
de médecin pour
la **détermination des zones**
prévues au 1° de l'article L. 1434-4
du code de la santé publique
(démographie médicale).

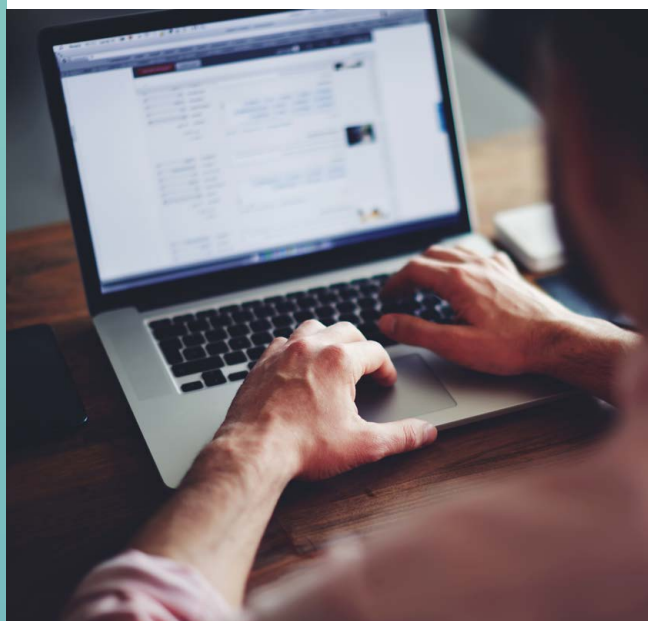
**ORDONNANCE N° 2021-1325
DU 13 OCTOBRE 2021**
réformant l'évaluation des
biotechnologies et simplifiant
la procédure applicable
aux **utilisations confinées**
d'organismes génétiquement
modifiés présentant un risque
nul ou négligeable.

Un bouquet de services qui s'étoffe sur **monespace.medecin.fr**

Monespace.medecin.fr, la plateforme conçue par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) pour les médecins, va se doter prochainement de nouveaux services. Au programme : faciliter les remplacements, modifier ses coordonnées de correspondances, s'inscrire en ligne pour les docteurs juniors, solliciter le service d'entraide...



DR JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président du Cnom



Quels services va-t-il proposer ?

L'espace Médecin propose déjà en ligne :

- le paiement de la cotisation ;
- la démarche de demande d'inscription en tant que docteur junior.

L'année prochaine, le site sera en mesure de proposer à l'ensemble des médecins :

- dès le début de l'année, le changement de coordonnées de correspondances, avec de nouvelles exigences de sécurité numérique ;
- un service pour les remplacements et les contrats associés ;
- un service de demande d'entraide ;
- des annonces de médecin à médecin.

Cette liste n'est pas exhaustive. En effet, le Cnom est dans la phase d'identification des besoins prioritaires pour cibler de la manière la plus pertinente possible les nouveaux services 2022.

Comment assurer la sécurité des données ?

Le volet sécurisation est évidemment un enjeu majeur. Des contraintes s'imposent au Cnom et dont il faut tenir compte avant de lancer le bouquet de services (notamment le règlement général sur la protection des données, RGPD). Par exemple, le médecin et l'interne ne pourront changer leurs coordonnées de correspondance qu'à l'issue d'une double authentification (chantier en cours). Il est par ailleurs important de rappeler quelques règles universelles de bonnes pratiques pour se protéger sur le web : choisir un mot de passe complexe et unique (non réutilisé ailleurs), prendre soin de ne pas le noter et de le changer régulièrement. Les médecins doivent protéger les informations dans le cadre du secret médical, mais aussi les outils à usage professionnel.

Monespace.medecin.fr, c'est quoi ?

C'est un lieu de dialogue et d'échange entre les médecins et leur Ordre. Aujourd'hui, il permet avant tout de payer en ligne la cotisation et de mettre à jour des coordonnées de correspondance. Un bouquet de services complémentaires est en cours de développement au Cnom. L'institution ordinaire construit ces services depuis de nombreux mois et certains verront le jour au début de l'année 2022.

Qui peut accéder au site ?

Tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre et enregistrés au RPPS peuvent accéder au site. Cela va de l'interne au médecin retraité toujours inscrit au tableau.

+ D'INFOS <https://monespace.medecin.fr>

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne décédée à des fins médicales et accès à ses informations médicales

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne décédée devient possible pour raison médicale et les conditions d'accès aux informations médicales d'une personne décédée sont assouplies. L'article 14 de la loi de bioéthique crée un nouvel article L.1130-4 du code de la santé publique (CSP) et insère de nouvelles dispositions dans les articles L.1110-4 et L.1111-7 du CSP.



DR ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section Éthique
et déontologie du Cnom

CONDITIONS DE RÉALISATION DE L'EXAMEN

Les nouvelles dispositions créées par la loi de bioéthique permettent, sauf opposition expresse de la personne de son vivant, la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne décédée à des fins médicales. Celui-ci doit avoir lieu dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés dès lors qu'un médecin suspecte une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins. L'examen est réalisé à partir d'échantillons de cette personne décédée déjà conservés ou prélevés dans le cadre d'une autopsie à des fins médicales.

Le consentement d'un seul des membres de la famille suffit pour la réalisation de l'examen.

Un arrêté du ministre chargé de la Santé fixera les critères déterminant les situations médicales justifiant chez une personne décédée la réalisation d'un examen de ses caractéristiques génétiques à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés.

ACCÈS AUX INFORMATIONS MÉDICALES CONCERNANT LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Le médecin prenant en charge un patient susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques peut se rapprocher du médecin d'une personne décédée pour la communication d'informations la concernant, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dès lors que ces informations sont nécessaires à la prise en charge de son patient.

TEXTES JURIDIQUES

• Article L. 1130-4 CSP : « I - Par dérogation à l'article 16-10 du code civil, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté ou lorsqu'elle est décédée, l'examen peut être entrepris à des fins médicales dans l'intérêt des membres de sa famille potentiellement concernés dès lors qu'un médecin suspecte une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins. Lorsque la personne est décédée, l'examen est réalisé à partir d'échantillons de cette personne déjà conservés ou prélevés dans le cadre d'une autopsie à des fins médicales. »

• Article L. 1110-4 CSP : « En outre, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

• Article L. 1111-7 CSP : « En cas de décès du malade, l'accès au dossier médical de ce malade des ayants droit, du concubin, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du médecin prenant en charge une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 s'effectue dans les conditions prévues aux deux derniers alinéas du V de l'article L. 1110-4. »

+ D'INFOS Article L. 1130-4 du code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043890142

Information et consentement des mineurs et des majeurs protégés

L'article 42 du code de déontologie médical relatif au régime des décisions prises en matière de soins aux mineurs et aux majeurs sous protection juridique vient d'être révisé. Le Conseil national a adapté les commentaires de ce texte en conséquence et les a actualisés. Mise au point.



DR ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section Éthique
et déontologie du Cnom

Les nouveaux commentaires apportent des précisions au médecin en cas de soins à délivrer à un mineur ou à un majeur sous protection juridique.

Soins aux mineurs

- **Le praticien qui donne ses soins à un mineur doit en principe, sauf dérogation prévue par la loi, recueillir le consentement de ses représentants légaux.**

Dans la pratique, un certain nombre d'actes courants sont effectués sur des adolescents, **hors la présence des parents, mais avec le consentement de ces derniers.** Ainsi, lors de la prise d'un rendez-vous pour un mineur, le médecin ou son secrétariat peut indiquer que, en fonction de l'âge du patient et de l'examen pratiqué, **la présence des titulaires de l'autorité parentale peut être nécessaire.**

En **cas de désaccord des parents sur la prise en charge, chacun d'eux peut en saisir le juge aux affaires familiales.**

Il convient de rappeler qu'en cas d'urgence, **le médecin donne les soins nécessaires dans l'intérêt du mineur sous sa seule responsabilité.**

- **La dérogation : le mineur qui souhaite que ses parents soient tenus dans l'ignorance de son état de santé.**

L'article L. 1111-5 du code de la santé publique (CSP) apporte une dérogation à cette obligation de recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale et autorise le

médecin à se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque la personne mineure a expressément demandé au médecin de garder le secret sur son état de santé vis-à-vis de ses parents et que l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé.

- **Les situations particulières prévues par la loi.**

Il est enfin des situations particulières dans lesquelles les textes permettent de ne pas rechercher le consentement des titulaires de l'autorité parentale :

1. Conformément à l'article L. 2212-7 du CSP, une interruption volontaire de grossesse et tous les actes y afférents peuvent être pratiqués sur une mineure sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale.
2. Aux termes de l'article L. 5134-1 du CSP, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance, l'administration de contraceptifs et pour la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive aux personnes mineures.
3. En vertu de l'article L. 2311-5 du CSP, les centres de planning ou d'éducation familiale assurent de manière anonyme et gratuite, pour les mineurs qui en font la demande, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles.
4. Les alinéas 2 et 3 de l'article L. 2213-2 du CSP prévoient la possibilité de pratiquer une interruption de grossesse pour motif médical lorsque la femme mineure non émancipée désire garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÈGLES D'INFORMATION ET DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU MAJEUR PROTÉGÉ

Mesure de protection juridique du majeur	Sans assistance ni représentation	Avec assistance relative à la personne	Avec représentation relative à la personne	
			La personne est apte à exprimer sa volonté	La personne n'est pas apte à exprimer sa volonté
Information	Le patient reçoit seul l'information.	Le patient reçoit l'information, qui doit être adaptée à sa capacité de compréhension. L'information peut également être délivrée à la personne chargée de la mesure de protection, si le patient y consent.	Le patient reçoit l'information qui doit être adaptée à sa capacité de compréhension. L'information doit également être délivrée à la personne chargée de la mesure de protection.	
Consentement	Le patient prend seul la décision le concernant.	Le patient prend seul la décision le concernant.	Son consentement doit être obtenu au besoin avec l'assistance de la personne chargée de la mesure de protection. Saisine du juge en cas de désaccord.	La personne chargée de la mesure de protection donne ou non son autorisation à l'acte, en tenant compte autant que possible de l'avis du patient (notion d'assentiment, CCNE).

Dans les situations visées aux points 2) et 3), les résultats des analyses effectuées sont rendus au prescripteur et au mineur, sauf exception tenant par exemple à son degré de maturité, avec le conseil de revoir le prescripteur.

Soins aux majeurs protégés

L'alinéa 2 de l'article 459 du code civil permet au juge des contentieux de la protection (auparavant juge des tutelles) d'adapter l'exigence du consentement à l'état du majeur protégé.

Dans le cas où le majeur protégé ne peut prendre seul une décision éclairée, **le juge peut prévoir, dès l'ouverture de la mesure de protection ou ultérieurement en fonction de l'évolution de son état de santé, que la personne chargée de la mesure de protection l'assiste** pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère.

Il peut encore, au cas où cette assistance ne suffirait pas, autoriser la personne chargée de la mesure à **représenter le majeur protégé**, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle. Cette disposition couvre de nombreux actes touchant à la santé de la personne, comme certaines interventions chirurgicales.

Le juge statue notamment au vu des éléments médicaux figurant dans le certificat médical circonstancié initial établi par le médecin inscrit

sur la liste du procureur ou recueillis ultérieurement par l'intermédiaire **du majeur protégé lui-même ou par la personne chargée de la mesure de protection**.

Le médecin peut demander à prendre connaissance de la décision prononçant la mesure de protection en cas de doute sur l'étendue de la mission confiée à la personne chargée de la mesure.

En cas d'urgence, **le médecin donne les soins qui s'imposent compte tenu de l'état du patient**.

1. Article R. 4127-42 du code de la santé publique : « *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché. Un médecin appelé à donner des soins à un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit obtenir son consentement, le cas échéant avec l'assistance de la personne chargée de la mesure de protection. Lorsque ce majeur fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, le médecin doit obtenir l'autorisation de la personne chargée de la mesure de protection, qui tient compte de l'avis exprimé par l'intéressé. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision. En cas d'urgence, le médecin doit donner les soins nécessaires.* »

+ D'INFOS Article R. 4127-42 du code de la santé publique et ses commentaires : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-42-soins-mineurs-majeurs-protection-juridique>

Élections aux conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre des médecins

En application des dispositions des articles R. 4125-1 et R. 4125-5 du code de la santé publique (CSP), il y aura lieu de procéder au renouvellement par moitié de l'ensemble des conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre des médecins **le dimanche 6 février 2022**. **Les élections sont organisées par binômes femme-homme (article L. 4132-12 du CSP).**

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :

- Inscrits au tableau de l'un des conseils départementaux situés dans le ressort de la région ou de l'interrégion concernée par l'élection (article R. 4125-3 du CSP). Les deux membres d'un binôme doivent être inscrits au tableau du même conseil départemental.
- Âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du CSP).
- De nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du CSP).
- À jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du CSP).

Les membres sortants sont rééligibles (article R. 4125-5 du CSP).

Ne sont pas éligibles pendant trois années, en application des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales.

En application de ces mêmes articles, sont privés à titre définitif du droit de faire partie du conseil régional ou interrégional :

- Les médecins ayant fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation du tableau de l'Ordre prononcée par la juridiction disciplinaire.
- Les médecins ayant fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

DÉPÔT DE CANDIDATURE

En application des dispositions de l'article R. 4125-6 du code de la santé publique, la déclaration de candidature doit être adressée trente jours calendaires au moins avant le jour du scrutin, **par lettre recommandée avec demande d'avis de réception**, au président du conseil régional ou interrégional ou déposée, dans ce même délai, au siège du conseil contre récépissé.

Ainsi, la date limite de dépôt des candidatures est fixée au **vendredi 7 janvier 2022 à 16 heures**.

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable et **le cachet de La Poste ne sera pas pris en considération**.

Les candidats devront donc tenir compte du délai d'acheminement du courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au conseil régional ou interrégional dans les délais requis. Les textes réglementaires ne mentionnent que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du Conseil national (www.conseil-national.medecin.fr) ou sur papier libre.

Elle peut être faite :

- soit de façon conjointe par les deux candidats du binôme qui doivent y apposer chacun leur signature;
 - soit de façon individuelle par chaque candidat du binôme. Dans ce cas, la déclaration de candidature doit mentionner expressément l'autre candidat du binôme et doit être accompagnée de l'acceptation de ce dernier rédigée sur un document distinct de la déclaration de candidature. Chaque déclaration de candidature individuelle doit être revêtue de la signature de son auteur.
- Attention, la déclaration de candidature individuelle doit nécessairement être complétée par la déclaration de candidature individuelle de l'autre candidat du binôme.**

Chaque candidat du binôme doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinaires ou dans les organismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du CSP).

On ne peut se déclarer candidat que dans un seul binôme.

Chaque candidat devra également indiquer le conseil régional ou interrégional et le département pour lequel il se présente.

PROFESSION DE FOI

Chaque binôme a la possibilité de rédiger, à l'attention des électeurs, une seule profession de foi (article R. 4125-7 du CSP) avec ou sans photographie au format identité, dont la rédaction peut être commune ou séparée.

Elle doit être rédigée en français sur une seule page (210 x 297 mm, format A4) en noir et blanc.

Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de l'acte de candidature.

Elle doit mentionner les nom et prénom des candidats du binôme.

Elle sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le conseil régional ou interrégional fera parvenir aux électeurs.

Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation des candidats du binôme au nom desquels elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du CSP.

La profession de foi ne peut renvoyer dans son contenu à aucun support numérique.

La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins, au plus tard le vendredi 7 janvier 2022 à 16 heures.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature par un binôme de candidats ou l'un des membres du binôme ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote.

Il est notifié au conseil régional ou interrégional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du CSP).

Le retrait de candidature d'un seul des membres du binôme entraîne le retrait de la candidature de l'ensemble du binôme.

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion concernée par l'élection (article L. 4124-11 IV du CSP).

Pendant les deux mois qui précèdent le scrutin, **soit au plus tard à partir du lundi 6 décembre 2021**, la liste des électeurs peut être consultée au siège du conseil régional ou interrégional. Dans les huit jours qui suivent la mise en consultation de la liste, les électeurs peuvent présenter des réclamations contre les inscriptions ou omissions (article R. 4125-4 du CSP).

Le président statue sur ces réclamations dans les six jours et la décision du président peut être contestée devant le tribunal judiciaire dans les trois jours suivant sa réception.

La liste est définitivement close au plus tard trois jours avant la date du scrutin.

VOTE

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins. Il peut également y être déposé.

Les votes par correspondance sont recevables jusqu'à l'ouverture du scrutin du dimanche 6 février 2022. Aucun vote ne sera valable s'il parvient après l'ouverture du scrutin et il ne sera pas pris en compte lors du dépouillement (article R. 4125-11 du CSP).

DÉPOUILLEMENT

En application de l'article R. 4125-17 du code de la santé publique, le dépouillement aura lieu sans désemparer, aussitôt après la clôture du scrutin, **le dimanche 6 février 2022** au siège du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins.

RÉSULTATS

Les résultats seront proclamés par départements.

Pour les conseils régionaux et interrégionaux qui n'ont pas à organiser d'élections complémentaires, les binômes de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges à pourvoir seront déclarés élus. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R. 4125-17 du CSP).

Le mandat des membres ainsi élus prendra fin dans 6 ans, soit en 2028.

Pour les conseils régionaux et interrégionaux qui, dans le même scrutin, ont à organiser des élections complémentaires afin de pourvoir au remplacement d'un ou plusieurs sièges vacants dans la moitié du conseil régional ou interrégional sortante en 2025, bien qu'il n'y ait qu'un seul siège à pourvoir, la candidature pour le poste ne peut être présentée qu'en binôme et le binôme de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera déclaré élu mais ne sera retenu dans ce binôme que le candidat du même sexe que le membre ayant cessé ses fonctions. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu.

DÉLAI DE RECOURS

Les élections peuvent être déferées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif.

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour les directeurs généraux des Agences régionales de santé ou le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection (article R. 4125-21 du CSP).

Postes à pourvoir

CONSEIL RÉGIONAL D'Auvergne-Rhône-Alpes

(Ain, Allier, Ardèche, Cantal, Drôme, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône, Savoie, Haute-Savoie)

5, quai Jaÿr – 69009 LYON
Tél. : 04 37 65 46 90
aura@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département du Cantal : 1 binôme mais ne sera élue que la femme du binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025
Département de l'Isère : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Loire : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Haute-Loire : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Puy-de-Dôme : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Rhône : 4 titulaires, soit 2 binômes
Département de la Savoie : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Haute-Savoie : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DE Bourgogne-Franche-Comté

(Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne, Territoire de Belfort)

37 A, avenue Françoise-Giroud – Parc Valmy – 21000 DIJON
Tél. : 03 80 79 43 16
bourgogne-franche-comte@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département de la Côte-d'Or : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Haute-Saône : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Jura : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Nièvre : 1 binôme mais ne sera élue que la femme du binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025
Département de Saône-et-Loire : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Territoire de Belfort : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE

(Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan)

Immeuble Le Papyrus – 29, rue de Lorient – CS 13914 – 35039 RENNES

Cedex
Tél. : 02 99 36 83 50
bretagne@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département des Côtes-d'Armor : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Finistère : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département d'Ille-et-Vilaine : 1 binôme mais ne sera élu que l'homme du binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025
Département du Morbihan : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DU CENTRE- VAL DE LOIRE

(Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret)

122 bis, rue du Faubourg-Saint-Jean – 45000 ORLÉANS
Tél. : 02 38 43 18 34
centre@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département d'Eure-et-Loir : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Loir-et-Cher : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Loiret : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DE CORSE

(Corse-du-Sud, Haute-Corse)

24, cours Grandval – 20000 AJACCIO
Tél. : 04 95 53 66 21
corse@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département de la Corse-du-Sud : 4 titulaires, soit 2 binômes
Département de la Haute-Corse : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DU GRAND EST

(Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Vosges)

131, rue Nicolas-Appert – 54100 NANCY
Tél. : 03 83 36 73 67
grand-est@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département du Bas-Rhin : 2 titulaires, soit 1 binôme pour la moitié sortante et 1 binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025 mais ne sera élu

que l'homme du binôme
Département du Haut-Rhin : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Haute-Marne : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de Meurthe-et-Moselle : 4 titulaires, soit 2 binômes
Département de la Moselle : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département des Vosges : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DES HAUTS- DE-FRANCE

(Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme)

42, rue du Faubourg-de-Roubaix – 59000 LILLE
Tél. : 03 20 31 91 24
hauts-de-france@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département du Nord : 8 titulaires, soit 4 binômes
Département de l'Oise : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département du Pas-de-Calais : 2 titulaires, soit 1 binôme
Département de la Somme : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE-DE-FRANCE

(Ville de Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise)

9, rue Borromée – 75015 PARIS
Tél. : 01 47 23 80 60
ile-de-france@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département de l'Essonne : 4 titulaires, soit 2 binômes
Département de Seine-Saint-Denis : 4 titulaires, soit 2 binômes
Département de la Ville de Paris : 6 titulaires, soit 3 binômes
Département des Yvelines : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DE NORMANDIE

(Calvados, Eure, Manche, Orne, Seine-Maritime)

12, rue Ferdinand-Buisson – 14280 SAINT-CONTEST
Tél. : 02 31 29 15 75
normandie@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :

Département du Calvados : 2 titulaires, soit 1 binôme

Département de l'Eure : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de l'Orne : 1 binôme mais ne sera élue que la femme du binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025
 Département de la Seine-Maritime : 2 titulaires, soit 1 binôme pour la moitié sortante et 1 binôme pour combler le siège constaté vacant dans la moitié du conseil sortante en 2025 mais ne sera élue que la femme du binôme.

CONSEIL RÉGIONAL DE NOUVELLE-AQUITAINE
(Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne)
 84, quai des Chartrons – 33300 BORDEAUX
 Tél. : 05 56 01 45 58
nouvelle-aquitaine@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département de la Charente-Maritime : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Creuse : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Dordogne : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Gironde : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département de la Haute-Vienne : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département du Lot-et-Garonne : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Vienne : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL D'OCCITANIE
(Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne)
 Maison des professions libérales – Parc du Millénaire – 285, rue Alfred-Nobel – 34000 MONTPELLIER
 Tél. : 04 11 93 16 60
occitanie@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département de l'Aveyron : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département du Gard : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département du Gers : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département des Hautes-Pyrénées : 2 titulaires, soit 1 binôme

Département de l'Hérault : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département des Pyrénées-Orientales : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département du Tarn-et-Garonne : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DES PAYS DE LA LOIRE
(Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée)
 44, rue de Gigant – 44100 NANTES
 Tél. : 02 40 73 43 28
pays-de-la-loire@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département de la Mayenne : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Sarthe : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département de la Vendée : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL RÉGIONAL DE PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
(Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var, Vaucluse)
 5, rue d'Arles – 13008 MARSEILLE
 Tél. : 04 91 37 81 20
paca@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département des Alpes-Maritimes : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département des Bouches-du-Rhône : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département des Hautes-Alpes : 2 titulaires, soit 1 binôme
 Département du Var : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département du Vaucluse : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL INTERRÉGIONAL ANTILLES-GUYANE
(Guadeloupe, Martinique, Guyane)
 Résidence Cour Campêche – 18, rue Cour Campêche – 97200 FORT-DE-FRANCE
 Tél. : 05 96 73 21 19
antilles-guyane@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département de la Guadeloupe : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département de la Martinique : 2 titulaires, soit 1 binôme

CONSEIL INTERRÉGIONAL DE LA RÉUNION-MAYOTTE
(La Réunion, Mayotte)
 5, résidence Laura – 4, rue Milius – 97400 SAINT-DENIS
 Tél. : 02 62 20 48 14
reunion-mayotte@crom.medecin.fr

POSTES À POURVOIR :
 Département de La Réunion : 4 titulaires, soit 2 binômes
 Département de Mayotte : 2 titulaires, soit 1 binôme

PARCOURS

2007

Rejoint l'École du service de santé des armées de Bordeaux.

2018

Deviens médecin généraliste remplaçante. Début de la pratique à haut niveau du paracyclisme.

2019

Médaillé de bronze aux Mondiaux handisport.

Février 2021

Rejoint l'armée des champions, un dispositif qui regroupe une centaine d'athlètes rémunérés pour s'entraîner.

2021

Doublement médaillée de bronze aux Jeux paralympiques de Tokyo, sur piste et sur route dans la catégorie C4-C5.



D^r Marie Patouillet

Médecin généraliste remplaçante à Paris (XIV^e arr.), double médaillée de bronze en cyclisme aux Jeux paralympiques de Tokyo (2021)

« J'AI RÉALISÉ DEUX RÊVES : ÊTRE MÉDECIN ET FAIRE LES JEUX »

Texte : Sophie Wlodarczak | Photo : DR

« **J**e suis née avec une agénésie partielle au niveau du pied gauche et une inégalité de longueur du membre inférieur gauche. C'est une malformation de l'ensemble de la jambe qui nécessite un suivi orthopédique. Pendant toute mon enfance et jusqu'à l'âge adulte, j'ai été suivie par le même chirurgien orthopédique. Je lui faisais confiance, il répondait à toutes mes questions, il était un exemple. C'est lui qui m'a donné envie de faire médecine. D'ailleurs, plus jeune, je voulais devenir chirurgien orthopédique. Les plans ont changé entre-temps, mais je suis quand même médecin !

Cette malformation ne m'a pas empêchée de faire du sport, au contraire. J'ai commencé très tôt, le vélo notamment, grâce à mes parents. Eux n'ont pas un niveau professionnel mais ils sont très investis et passionnés. Mon chirurgien m'a aussi toujours poussée à faire l'activité physique que je voulais, sans me limiter. La limite allait arriver plus tard. Petit à petit, le sport est devenu un moyen de m'affirmer, de m'exprimer et de me défendre. À l'école, je voulais vraiment faire comme tout le monde et surtout, ne pas être mise sur le banc de touche. Dans la cour de récréation, je jouais au foot, au basket, au hand... En fait, je réglais mes comptes par le sport. C'était et c'est toujours ma manière de dire : d'accord, je ne suis pas faite comme vous, mais j'arrive à faire les mêmes choses que vous.

Un peu comme une arme pacifique. Sacrée vocation, n'est-ce pas ?

Aujourd'hui, à 33 ans, je me rends compte que j'ai réalisé deux rêves : être médecin et faire les Jeux. J'ai gagné deux médailles de bronze aux Jeux paralympiques de Tokyo cette année. J'en suis extrêmement fière et heureuse. Pour moi, la médecine et le sport sont très corrélés : l'un ne va pas sans l'autre. Et pourtant, à un niveau professionnel, ils sont difficilement compatibles tant l'investissement est grand pour les deux disciplines. Alors pour le moment, j'ai plutôt la casquette de sportive de haut niveau car le vélo demande beaucoup d'entraînement, entre 20 et 25 heures par semaine. Comme j'ai des sponsors, je peux me permettre de mettre de côté ma carrière de médecin. Même si bien sûr, je suis médecin parce que j'ai mon diplôme. Seulement, je ne pratique pas la médecine de manière régulière : je l'entretiens et j'en ai besoin pour mon équilibre mais je ne peux pas me permettre de m'installer. Je fais des remplacements afin de garder le contact avec les patients et la réflexion intellectuelle. C'est trop important pour mon bien-être de maintenir ce lien.

La suite, je la vois en cabinet. M'installer est un souhait, une envie profonde que j'ai depuis plus de deux ans. Je me suis fixé comme limite pour le vélo les JO 2024 à Paris. Après, c'est sûr, mon objectif principal sera de pratiquer mon métier de médecin à temps plein ! »