



N°74
MARS 2026

BULLETIN D'INFORMATIONS

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN MÉDECINE P.4

**INTRODUCTION DE L'IA DANS LA PRATIQUE DE LA MEDECINE,
PERSPECTIVES ET RISQUES MEDICAUX ET JURIDIQUES P.10**

MAITRE S. PRENEUX

DE MA LUCARNE P.15

DOCTEUR M. CARVIN

LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN : UNE VISION HISTORIQUE... P.20

DOCTEUR A. BADOUL

BREF APERCU D'UN AN AU PÔLE SUD P.22

DOCTEUR F. LARCHER

UN SENS OUBLIÉ DU MOT "SOMNANBULISME " P.24

DOCTEUR A. CAUBET

CHRONIQUE DE DROIT MÉDICAL P.28

PROFESSEUR R. BOUVET

MISE SOUS OBJECTIF ET MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE P.30

DR B. GUIAS

**CONSEIL
DÉPARTEMENTAL
D'ILLE-ET-VILAINE
DE L'ORDRE
DES MÉDECINS**

...

ÉDITORIAL



Partout sur notre territoire, les médecins partagent un même constat : l'exercice de la médecine évolue rapidement et s'accompagne de défis nouveaux. En Ille-et-Vilaine comme ailleurs, les transformations du système de santé, l'évolution démographique et les attentes croissantes des patients modifient progressivement notre pratique quotidienne.

La charge administrative, par exemple, occupe une place de plus en plus importante et réduit parfois le temps consacré directement aux patients. Dans certains territoires, la pression démographique peut également rendre l'organisation des soins plus complexe et accroître la charge de travail des équipes médicales.

Dans le même temps, les médecins continuent de faire preuve d'un engagement remarquable auprès de leurs patients. La profession s'adapte, innove et cherche en permanence des solutions pour maintenir la qualité des soins et préserver le sens de notre exercice. C'est dans cet esprit qu'il est essentiel de réfléchir collectivement aux outils et aux évolutions susceptibles de soutenir notre pratique.

Parmi ces évolutions, l'intelligence artificielle occupe aujourd'hui une place croissante. Elle est déjà présente, souvent de manière discrète, dans de nombreux aspects de notre exercice professionnel.

Dans la pratique quotidienne, certains outils permettent par exemple de faciliter la synthèse de dossiers médicaux, d'aider à structurer l'information clinique ou de produire des comptes rendus plus rapidement. D'autres applications contribuent à la veille bibliographique, en analysant de grands volumes de publications scientifiques pour identifier les informations les plus pertinentes pour la pratique médicale.

L'IA peut également apporter une aide dans l'organisation du travail, notamment pour la planification des consultations, l'optimisation des agendas ou la gestion de certains flux administratifs. Dans certains domaines spécialisés, elle intervient déjà comme outil d'aide au diagnostic, en particulier en imagerie médicale, où des algorithmes peuvent assister les radiologues dans l'analyse de certaines images ou la détection de signaux faibles.

Le sujet reste cependant vaste et complexe. L'intégration de ces technologies soulève de nombreuses questions : modalités d'utilisation, fiabilité des outils, responsabilité professionnelle, respect du secret médical, place de la décision humaine dans le processus de soin.

C'est pourquoi le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine de l'Ordre des médecins souhaite ouvrir le dialogue sur ce thème. L'intelligence artificielle n'est ni un bien ni un mal en soi : c'est un outil puissant qui doit être compris, maîtrisé et utilisé de manière éclairée. Elle peut constituer un assistant précieux pour les médecins, à condition que la décision médicale reste pleinement humaine et que ces technologies soient mises au service du soin.

Nous invitons donc les médecins du département qui s'intéressent à ces questions — qu'il s'agisse d'usages pratiques, d'enjeux éthiques, organisationnels ou juridiques — à participer à une réflexion collective sur la place et l'avenir de l'IA dans notre exercice médical.

Vos retours d'expérience, vos interrogations et vos analyses seront précieux pour nourrir ce débat. Ce dialogue ne pourra être que plus riche et utile s'il s'appuie sur la diversité des pratiques et des points de vue.

Plus que jamais, il est essentiel de continuer à faire évoluer notre système de santé en plaçant l'humain — soignant comme patient — au cœur de notre démarche.

Dr Pierrick BATAIL
Président

L'IA EN ONCOLOGIE... PAR LE DR R. LE SCODAN

L'intelligence artificielle fait désormais partie de notre quotidien de citoyen et de médecin et tend à jouer un rôle croissant dans la prise en charge des patients en oncologie, promettant d'améliorer le diagnostic précoce des tumeurs, d'accélérer l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques et le développement de nouvelles thérapies ciblées, de mieux prédire les réponses aux traitements et d'optimiser les processus de décisions cliniques.

Cet outil n'a pas vocation à remplacer le clinicien mais à lui mettre à disposition des outils puissants lui permettant d'améliorer la personnalisation des soins et la prise en charge globale de ses patients.

Grâce au recueil et à l'analyse de vastes ensembles de données cliniques, génomiques et radiologiques, l'utilisation de l'IA laisse entrevoir une meilleure estimation des risques de récurrence, une meilleure prédiction de la réponse et de la tolérance aux différents traitements médicaux (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapies...) ou à la radiothérapie, grâce à l'utilisation d'algorithmes prédictifs adaptés et à l'identification de nouveaux biomarqueurs pronostiques et prédictifs.

Ces outils informatiques permettent également d'accélérer la mise à disposition de nouveaux médicaments grâce à l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques et à la conception de nouvelles thérapies ciblées, accélérant également leur développement en optimisant la sélection des patients pour l'élaboration d'essais cliniques spécifiques.

Dans le domaine de la radiothérapie, l'IA s'intègre à toutes les étapes du traitement (délimitations des contours, planification dosimétrique, guidage

et repositionnement du traitement, radiothérapie adaptative, processus d'assurance qualité...), permettant d'assurer la meilleure précision, personnalisation, efficacité et sécurité des traitements.

Grâce à l'analyse en temps réel de données médicales issues de résumés de consultations, de données d'hospitalisation ou de paramètres de télésurveillance, l'IA peut également jouer un rôle dans le suivi personnalisé des patients, permettant l'analyse précoce de données de toxicité afin d'optimiser leur prise en charge.

Afin d'assurer leur pertinence et leur sécurité d'utilisation, ces différents outils nécessitent que l'entraînement des modèles soit basé sur l'utilisation de données de haute qualité, au moyen d'algorithmes transparents, que les données produites et leur utilisation soient évaluées de manière rigoureuse, s'intégrant dans un cadre éthique et réglementaire stricte (RGPD, responsabilités...).

L'intelligence artificielle apparaît donc comme une aide majeure en oncologie, améliorant le dépistage, la personnalisation des diagnostics et des traitements, facilitant l'accès à des molécules innovantes et l'organisation des soins, le tout au profit des patients.

L'IA n'a pas vocation à remplacer le médecin mais à lui offrir des outils puissants pour améliorer la prise en charge de ses patients, optimiser leur parcours de soins et lui libérer du temps médical afin de rendre cette prise en charge encore plus centrée sur l'humain.

L'IA EN MÉDECINE NUCLÉAIRE... PAR LE DR D. ZIAI

Dans les centres d'imagerie isotopique, l'intelligence artificielle amène des algorithmes d'automatisation intervenant particulièrement dans l'analyse pulmonaire, onco-thoracique, et cardiaque.

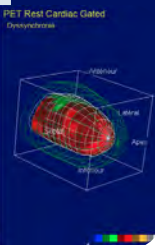
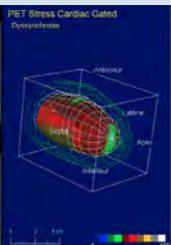
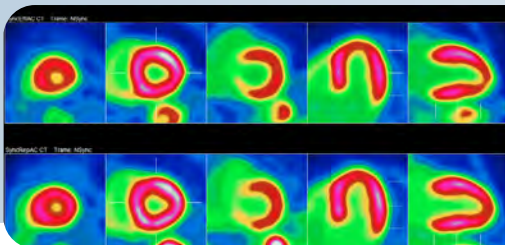
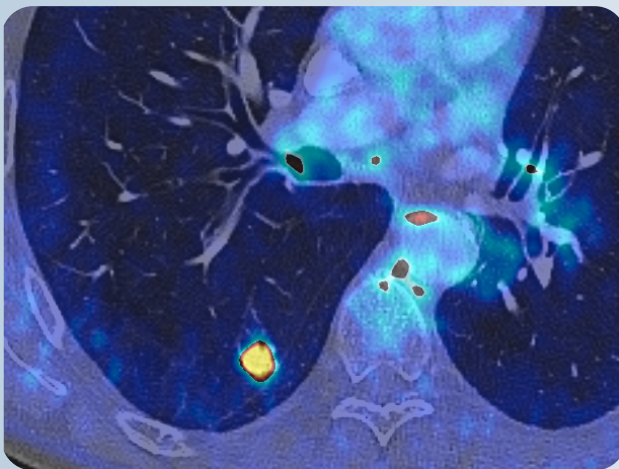
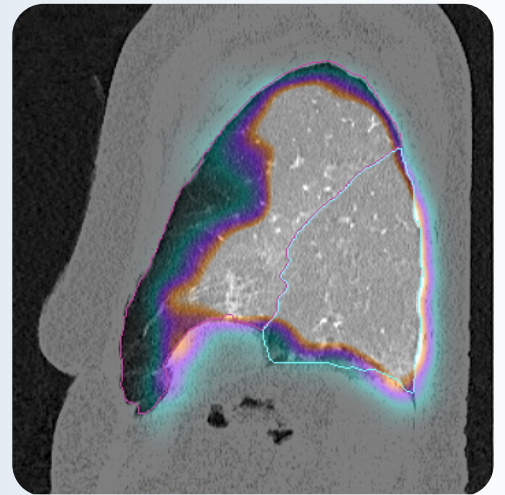
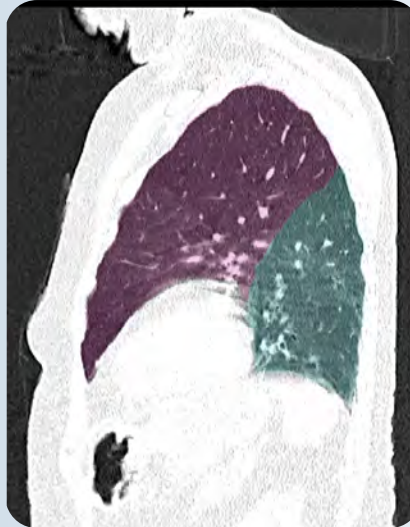
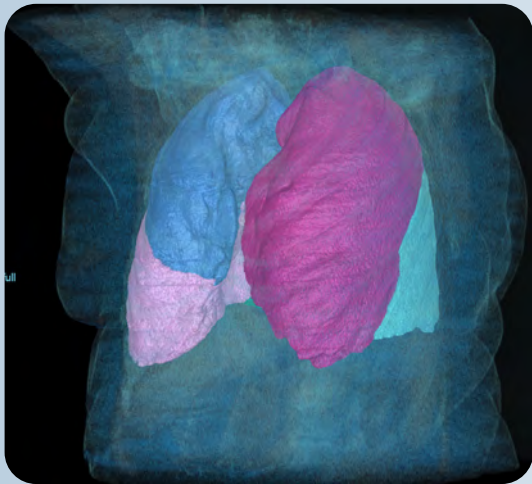
En scintigraphie pulmonaire ventilation-perfusion, la segmentation automatique des poumons permet de délimiter rapidement et de manière reproductible les contours pulmonaires en 3D, évaluant de façon fiable et réaliste les volumes ventilatoires et perfusionnels (auparavant estimés par des analyses planaires approximatives). Ainsi l'atteinte prévisionnelle est mieux quantifiée dans les embolies pulmonaires ; et l'impact des traitements chirurgicaux et/ou radiothérapeutiques est mieux anticipé.

En oncologie, l'imagerie peut être interprétée de manière plus fine, améliorant la détection de

nodules pulmonaires parfois difficiles à repérer dans les abondantes images générées lors d'un examen TEP corps entier. L'objectif n'est pas de poser un diagnostic mais de réduire les risques d'omission et d'apporter une aide visuelle intégrée à la lecture clinique.

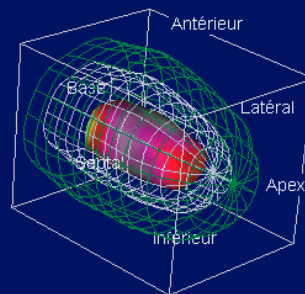
En imagerie cardiaque l'étude automatisée de la perfusion myocardique (TEP au rubidium) permet de mieux la quantifier et d'identifier de possibles zones ischémiques ou séquellaires. Cette automatisation vise à sécuriser les étapes critiques de l'analyse, à réduire les variations inter-lecteurs et à fiabiliser les paramètres quantitatifs, en particulier dans l'étude de la perfusion ou de la réserve coronariennes.

En conclusion, dans les trois domaines cités, l'IA permet d'améliorer la reproductibilité, la rapidité et la qualité d'interprétation de ces examens.



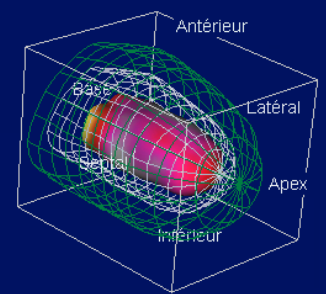
PET Stress Cardiac Gated

Perfusion-Normalisé



PET Rest Cardiac Gated

Perfusion-Normalisé



0 50 100 %

0 50 100 %

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE : ÉTAT DES LIEUX, PERSPECTIVES ET ENJEUX STRATÉGIQUES... PAR LE DR S. COSTA

L'intégration de l'intelligence artificielle (IA) en anatomie pathologique s'accélère depuis la fin des années 2010, portée par la numérisation des lames et les progrès du deep learning. Deux publications des *Annales de Pathologie* illustrent cette dynamique : une revue critique (2019) et une enquête nationale (2025). À ces travaux s'ajoute le rapport ministériel de 2024 sur la numérisation de la pathologie, qui en précise les enjeux organisationnels et technologiques.

1. IA EN ANATOMIE PATHOLOGIQUE : CONCEPTS ET APPLICATIONS

Les réseaux de neurones convolutifs (CNN) sont au cœur des avancées, capables d'extraire des caractéristiques morphologiques complexes à partir d'images numérisées. Les applications incluent la classification tumorale, la quantification automatisée (mitoses, biomarqueurs immunohistochimiques) et la prédiction pronostique en lien avec des données cliniques et génomiques.

Exemple concret : un algorithme peut compter automatiquement les mitoses sur une lame de cancer du sein, ce qui réduit le temps d'analyse et améliore la reproductibilité. De même, la quantification du marqueur Ki67, essentielle pour le pronostic, peut être réalisée en quelques secondes par IA, contre plusieurs minutes manuellement¹.

2. ENQUÊTE NATIONALE SUR L'USAGE DE L'IA EN FRANCE

L'étude coordonnée par la Société Française de Pathologie (2025) dresse un état des lieux des pratiques et projets IA dans les cabinets français. Elle révèle une adoption croissante, notamment dans les CHU et certains groupes privés, mais aussi des freins : manque de ressources informatiques, incertitudes réglementaires et besoin de formation.

Exemple : plusieurs centres utilisent déjà des solutions IA pour le cancer de la prostate (outil Galen Prostate d'Ibex) ou pour la détection des foyers tumoraux dans les biopsies de peau.

3. NUMÉRISATION DE LA PATHOLOGIE : UN LEVIER STRATÉGIQUE POUR L'IA

Le rapport ministériel (2024) confirme que la numérisation ne se limite pas à un changement d'outils mais implique une transformation

profonde des organisations, des infrastructures et des pratiques. La mise en place de scanners haute capacité, de systèmes de gestion d'images interopérables et de solutions de stockage sécurisées (souvent en cloud) est essentielle pour gérer des volumes croissants, estimés à plusieurs pétaoctets par an.

Exemple : la télépathologie permet à un médecin pathologiste d'obtenir un second avis en quelques heures via une plateforme nationale (ex. SOSlide), contre plusieurs jours auparavant avec l'envoi physique des lames. De plus, la numérisation facilite la formation : des plateformes comme UNESS proposent des lames virtuelles pour les étudiants, identiques à celles utilisées en pratique clinique³.

Cette transition est également indispensable pour le développement des outils d'IA, qui nécessitent des bases de données massives pour l'entraînement des algorithmes. Ces outils, déjà utilisés dans certains centres pour la détection de lésions, la quantification de biomarqueurs et la prédiction pronostique, promettent d'améliorer la qualité et la rapidité des diagnostics. Toutefois, des défis persistent : coûts élevés (estimés à plus de 100 M€ pour le secteur public), manque d'interopérabilité, gouvernance complexe et cadre réglementaire en évolution (RGPD, AI Act). La réussite de cette transformation repose sur une stratégie nationale coordonnée par le CNPath, un financement pérenne et une formation adaptée des professionnels.

4. UNE INÉGALITÉ PERSISTANTE POUR LES STRUCTURES LIBÉRALES

Malgré les financements publics annoncés pour la numérisation des services hospitaliers et les crédits délégués via le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) – dont 16,7 M€ en 2025 dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer (circulaire DGOS/FIP1/2025/131) –, aucune aide pérenne n'est prévue pour les structures libérales. Ces dernières, qui réalisent pourtant plus de 50 % de l'activité nationale en anatomocytopathologie, doivent assumer seules des coûts élevés (environ 3 € par lame numérisée, soit plusieurs centaines de milliers d'euros par site). Si certains groupes privés financiarisés ont pu investir, les cabinets libéraux indépendants restent largement exclus des dispositifs de soutien, ce qui crée un risque de fracture numérique entre secteurs. Cette situation

pourrait compromettre l'accès équitable des patients aux outils d'IA, notamment dans les zones où l'offre repose majoritairement sur des structures privées. Une réflexion sur un « forfait numérisation » ou une cotation spécifique, à l'image de ce qui a été fait pour la radiologie, apparaît indispensable pour garantir une transition homogène sur l'ensemble du territoire.

Conclusion

La numérisation et l'IA deviennent des piliers stratégiques pour la pathologie, améliorant la précision diagnostique et la rapidité, tout en posant des enjeux éthiques, organisationnels et économiques. Pour les médecins pathologistes, ces évolutions signifient un accès facilité à l'expertise,

des délais réduits pour les diagnostics complexes et une meilleure intégration des données dans le parcours de soins.

¹ Zemouri R, Devalland C, Valmary-Degano S, Zerhouni N. *Intelligence artificielle : quel avenir en anatomie pathologique ?* Ann Pathol. 2019;39(2):119-129. DOI: 10.1016/j.annpat.2019.01.004

²Allaume P, Bourgade R, Uguen A, et al. *Enquête nationale de la Société française de pathologie sur la recherche et l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) appliquée à la pathologie.* Ann Pathol. 2025;45(3):224-232. DOI: 10.1016/j.annpat.2024.12.008

³Politique de numérisation de l'anatomie et cytologie pathologiques. Rapport ministériel, novembre 2024.

L'IA EN RADIOLOGIE : UNE ÉVOLUTION INÉLUCTABLE À SAVOIR MAÎTRISER... PAR LE DR N. MORCET

Un pas de géant a été franchi depuis les premiers articles mentionnant l'idée d'une « Intelligence dite artificielle (IA) » car produite par une machine (travaux d'Alain Turing en 1950) et aujourd'hui où elle accompagne notre vie privée et professionnelle via entre autre notre téléphone portable et nos consoles de travail. Le monde de la santé et en particulier radiologique produit une masse considérable de données numériques que les supercalculateurs peuvent actuellement traiter en quasi instantanée, aussi l'IA s'est introduite dans notre pratique quotidienne et est devenue un acteur quasi incontournable en seulement deux ou trois ans. Son développement en radiologie est inexorable, d'autant que la croissance exponentielle du nombre d'examens radiologiques réalisés n'est pas corrélée à l'évolution démographique de la profession. Il suffit de voir l'explosion des stands dédiés aux sociétés proposant des solutions d'IA aux Journées Française de Radiologie pour s'en rendre compte.

DOMAINES D'APPLICATION DE L'IA EN RADIOLOGIE

En routine radiologique quotidienne l'IA s'intègre désormais sur plusieurs terrains d'application.

1) ADMINISTRATIF

Tout d'abord, elle peut être une première aide au niveau organisationnel. Des outils d'IA sont désormais présents aussi bien dans la réalisation des plannings que dans la priorisation des examens à traiter.

2) ACQUISITION ET RECONSTRUCTION DE L'IMAGE RADIOLOGIQUE

Ensuite, elle est présente lors de l'acquisition de certains examens radiologiques (positionnement du patient en scanner, modulation de la dose de rayons X, présélection des protocoles en IRM). Elle permet notamment par de nouveaux algorithmes de suréchantillonnage une diminution significative des temps d'examens parfois jusqu'à 50 % selon les constructeurs et permet de plus de diminuer sensiblement l'irradiation sur les examens scanographiques. Elle est également présente lors de la phase de reconstruction des images (réduction du bruit et des artefacts) permettant une amélioration continue de la qualité des images.

3) ANALYSE DE L'IMAGE : DE LA MESURE AU RADIODIAGNOSTIC

Elle a surtout désormais un rôle dans l'analyse des images radiologiques. Elle apporte une aide significative sur des processus chronophages souvent redondants et à peu de valeur médicale ajoutée. Ainsi des processus permettent de manière totalement automatisée d'obtenir des mesures aussi bien en orthopédie (bilan de statique du pied ou de scoliose), en pédiatrie (détermination de l'âge osseux), en cardiopneumologie (quantification automatisée du score calcique, détection et caractérisation de nodules pulmonaires, emphysème), en rhumatologie (densité osseuse) ou même en hépato-gastro-entérologie (stéatose). Le recueil de l'ensemble de ces biomarqueurs d'imagerie contribue au développement prometteur de la radiomique.

De nombreuses solutions d'aide au diagnostic sont développées. Elles se positionnent sur différents domaines d'activité : aussi bien la détection de

fractures que la détection et le suivi de tumeurs.

En activité de tous les jours et sur ces performances diagnostiques, elle se positionne comme un véritable « co-pilote » du radiologue, l'alertant sur des anomalies qu'elle aurait détectées. Le radiologue confronte ainsi son interprétation à celle de l'IA. Il est prévenu par des systèmes d'alerte visuelle quand une anomalie est détectée et tranchera en cas de discordance. Cela permet de maintenir son attention en éveil tout au long de son activité et limiter les baisses de vigilance qui sont liées à notre statut de « simple humain ». De plus, l'IA analyse la totalité de l'image selon les algorithmes qui lui sont associés, ce qui permet parfois de révéler des anomalies qui pourraient échapper à l'attention du radiologue : le regard de celui-ci étant en premier focalisé sur les lésions à rechercher par rapport au motif de l'examen et possiblement moins vigilant une fois un diagnostic trouvé (satisfaction of search (SOS) error). Cela est d'autant plus vrai que même si les outils de visualisation sont de plus en plus performants, le volume de données à analyser par le radiologue est parfois considérable (1000 images pour un scanner thoraco-abdomino-pelvien), sans compter les comparaisons avec les examens antérieurs ou issus de modalités différentes, éléments indispensables à notre interprétation.

4) COMPTE RENDU

L'IA a également un rôle dans l'élaboration des compte-rendus. Elle permet maintenant en énonçant quelques mots clés de construire des comptes rendus structurés de façon quasi automatisée et fournissant ainsi au radiologue une trame reprenant les principaux items à intégrer dans le résultat en fonction de la nature de l'examen et du contexte pathologique. Elle analyse également la cohérence du texte et pourra notamment révéler des discordances sur une latéralité (par exemple : radiographie du poignet droit dans le titre et la conclusion mentionnant un poignet gauche).

PERSPECTIVES

En résumé, l'IA est devenue un acteur incontournable qui représente une véritable avancée dans notre activité de médecin radiologue. Elle devrait permettre d'augmenter l'efficacité et la pertinence du bilan d'imagerie et ouvrir de nouvelles perspectives dans des domaines de recherches (la radiomique avec l'élaboration d'outils prédictifs de diagnostic dans les campagnes de dépistage). Chaque avancée a cependant son revers de la médaille et nous devons rester vigilants afin de

conserver la maîtrise de cet outil facilitant notre travail. Si elle suscite d'énormes intérêts (pas seulement médicaux mais également économique avec un marché évalué à 1,29 milliard de dollars en 2023 et projeté à 4,54 milliards d'ici 2029), il n'en demeure pas moins qu'elle suscite plusieurs interrogations voire des craintes.

Comme noté en préambule, les sociétés High Tech proposant de nouveaux logiciels d'IA fleurissent tous les jours et il devient difficile de faire un choix. Certes, il y a le processus de labellisation avec le marquage CE qui organise un premier filtre mais ensuite ce n'est pas toujours aisé de choisir la solution la plus adaptée à notre pratique et qui s'intègre au mieux avec nos systèmes d'information. Quand il s'agit de choisir un scanner, les sociétés qui les commercialisent sont relativement peu nombreuses et nos critères de sélections sont bien définis. Sur le marché de l'IA, le nombre de solutions ne cessent de croître et rend cette sélection beaucoup plus difficile. Il n'est pas toujours facile d'appréhender leur valeur ajoutée par rapport à l'existant. Il se développe des plateformes numériques (hub) servant d'intermédiaire entre nos systèmes d'informations et le catalogue d'application d'IA. Ces supports proposent aux professionnels d'être un intermédiaire unique entre le système d'information du client (RIS PACS) et les différentes solutions d'IA qui s'y connectent.

LIMITE JURIDIQUE

Même si les outils d'IA sont de plus en plus performants en termes de spécificité et de sensibilité, il ne faut pas oublier que la validation finale du compte rendu est un acte médical qui engage la responsabilité du radiologue. Comme le co-pilote en aviation, s'il aide le pilote à atterrir au final c'est ce dernier qui a la responsabilité de l'approche finale. Le radiologue doit impérativement rester le « Maître des clés » qui repose sur une solide formation de notre spécialité lors de notre parcours universitaire et de formation continue.

Si la prise en charge du patient est au centre de notre activité, sur le plan juridique le législateur devra se pencher rapidement sur ces nouveaux outils en formalisant un cadre clair sur leur utilisation et leur intégration dans notre pratique quotidienne. Y aura-t-il un jour une obligation de les utiliser pour par exemple obtenir une certification dans des campagnes de dépistages (sein, poumons, etc...) ? Sa « non utilisation » risque-t-elle de créer une perte de chance pour le patient ? Ce dernier déjà nous demande parfois si nous utilisons des logiciels d'IA d'aide au diagnostic.

LIMITE BUDGETAIRE

Enfin, on ne peut éluder l'aspect économique. Il existe une véritable « bulle économique » autour de l'IA avec un modèle principalement basé sur la récurrence via des abonnements justifiée par une évolution constante de cette intelligence. Ces coûts s'ajoutent aux autres investissements élevés nécessaires pour maintenir une performance diagnostique optimale de nos équipements. Les mesures récentes prises par le législateur sans concertation imposant une réduction massive de la cotation des actes d'imagerie n'aident pas la profession à s'engager dans ce type d'investissement malgré leur intérêt dans la prise en charge du patient.

CONCLUSION

Si certains oiseaux de mauvais augure prédisaient la « mort » des radiologues avec l'arrivée de ces nouvelles technologies, la réalité au quotidien nous montre qu'il n'en est rien et qu'elles permettent une évolution positive de nos pratiques au profit des patients. Elle permet d'aider le radiologue faisant face à une quantité de travail grandissante via

une optimisation de la gestion administrative, de l'acquisition des examens, du traitement de l'image et de l'élaboration du diagnostic. Elle demeure une aide et non un remplacement du médecin radiologue qui demeure le seul responsable médical de son compte rendu.

Plutôt que lutter contre, il faut la considérer comme un outil nous permettant d'améliorer nos pratiques, d'affiner les diagnostics et nous permettre plus d'échanges avec les patients en nous libérant du temps pour privilégier la relation humaine au cœur de notre métier de soignant qui jusqu'à preuve du contraire ne peut être délégué à une IA.

Il faut néanmoins rester vigilant, en garder la maîtrise et cela repose sur une formation solide des radiologues seul garant de la pérennisation de notre esprit critique vis à vis de cette technologie.

Enfin, espérons que les nouvelles contraintes économiques infligées à notre profession nous permettent de maintenir un niveau d'investissement en adéquation avec les avancées technologiques dont l'IA et conserver une offre d'imagerie toujours optimale pour les prescripteurs et les patients.

MON EXERCICE

POUR LES FUTURS MÉDECINS RETRAITÉS

Pour les demandes de dossiers médicaux que vous aurez à fournir sur demande de vos patients, nous vous conseillons de demander au plus vite à votre éditeur la mise en format facilement utilisable (pdf, word, html...) de vos dossiers médicaux sans être obligé d'acheter après la retraite une nouvelle licence exigée par votre fournisseur de logiciel pour décrypter les dossiers.

CADRE DE L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE

L'article 6-I de l'arrêté du 31 juillet 2012 dispose que les médecins chargés du contrôle médical de l'aptitude à la conduite mentionnés à l'article R. 226-2 sont agréés, sur leur demande, par la préfet du département dans le ressort duquel ils souhaitent exercer au titre du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

Les médecins peuvent être agréés dans plusieurs départements et sont inscrits sur une liste consultable par les usagers.

Les médecins ne peuvent signer l'avis médical d'aptitude à la conduite sans cet agrément.

INTRODUCTION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DANS LA PRATIQUE DE LA MEDECINE, PERSPECTIVES ET RISQUES MEDICAUX ET JURIDIQUES

par Me Stéphanie PRENEUX - Conseil du CDOM 35

L'intelligence artificielle, *discipline en plein développement actuellement*, rassemble autant qu'elle divise.

Son utilisation, autant dans la vie personnelle de chacun, que dans le monde professionnel, soulève de nombreuses questions, juridiques, éthiques, ou encore environnementales.

Pour le Parlement européen, l'intelligence artificielle (IA) est définie comme tout outil utilisé par une machine afin de « *reproduire des comportements liés aux humains, tels que le raisonnement, la planification et la créativité* ».

Selon John McCarthy, pionnier en la matière, c'est « *la science et l'ingénierie de la fabrication de machines intelligentes* ».

Si l'apport que pourrait avoir l'intelligence artificielle, à terme, n'a jamais été remis en cause, l'émergence importante d'outils incluant l'IA tend à bousculer certains acquis, et méthodes de travail, et à nourrir de nouvelles inquiétudes sur l'avenir.

L'impact de l'intelligence artificielle est de plus en plus significatif au point qu'il conduit les Etats à légiférer afin d'encadrer ce qui est perçu à la fois *comme une chance et comme une menace*.

Adopté en mars 2024 et publié en juillet 2024, le règlement (UE) 2024/1689 établit un cadre harmonisé pour l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) au sein de l'Union Européenne.

Ce règlement européen sur l'intelligence artificielle, également connu sous le nom d'AI Act, est le premier cadre législatif au monde encadrant le développement, la mise sur le marché et l'utilisation des systèmes d'IA.

Il ne fait ainsi nul doute que la société, dans sa globalité, devra nécessairement s'adapter dans les années et décennies à venir.

D'ores et déjà, dans le domaine de la médecine, le progrès est notable s'agissant du numérique et de l'intelligence artificielle : *nouvelles techniques, progrès médical dans la détection des cancers, assistance des médecins en termes de prescription médicale...* bien que ce progrès induise aussi

nécessairement une adaptation de la pratique des médecins face au développement de l'intelligence artificielle.

L'essor de l'intelligence artificielle présente, en outre, des aspects plus sombres, lesquels se caractérisent notamment par des inquiétudes grandissantes dans le corps médical et par des risques qu'il est dès à présent possible de caractériser.

Et, si nous étions remplacés par des robots ? Quelles sont finalement les projections, *envisageables*, du développement de l'intelligence artificielle en médecine ? Une question rocambolesque à laquelle il est ardu de répondre, mais qui interroge sur le statut même des robots.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, UNE OPPORTUNITÉ POUR LE DOMAINE MÉDICAL

L'intelligence artificielle est une notion construite il y a plus de 75 ans. Alan Turing, mathématicien, émettait dès 1950, l'idée d'une machine qui pourrait « *penser* » et reproduire l'intelligence humaine.

En 1956, l'intelligence artificielle devint une discipline académique.

Depuis, le domaine informatique et plus particulièrement l'intelligence artificielle a connu un essor spectaculaire.

Dans son rapport « Mettre l'intelligence artificielle au service de la santé » publié au mois de février 2025, le ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins précise que l'intelligence artificielle constitue un « *levier de transformation inédit pour faire face aux défis auxquels notre système de santé est confronté : soutenabilité financière, vieillissement démographique, attractivité du secteur.* »

Les avancées significatives de l'intelligence artificielle auront manifestement un impact à la fois sur les patients, les professionnels et établissement de santé ainsi que sur les politiques de santé.

Ce même rapport souligne que « *Cet impact transversal doit améliorer la prévention et l'efficacité des prises en charge, optimiser les pratiques*

cliniques et les organisations, redéfinir les parcours de soins, améliorer la qualité et la sécurité des soins, redonner du temps aux soignants et soutenir les politiques publiques. ».

L'intelligence artificielle en matière de santé est source d'espoir pour les années à venir autant dans le cadre de l'amélioration des soins, et de la prise en charge médicale du patient, que dans le cadre des conditions de travail des soignants.

De nos jours, les avancées sont d'ores et déjà remarquables.

Faut-il citer la spécialité de neurochirurgie, laquelle est classée commel'une des spécialités chirurgicales ayant connu les plus grandes avancées techniques au cours des dernières décennies (*imagerie avancée IRM et PETscan ou TEP, neuronavigation et réalité virtuelle augmentée, robots chirurgicaux comme Rosa® ou Da Vinci®*).

De manière générale, les scientifiques s'accordent à dire que la convergence entre l'intelligence artificielle et la robotique conduira à procéder à un remodelage, profond et irréversible, de la chirurgie.

Par ailleurs, de nouveaux projets de systèmes intégrant l'intelligence artificielle sont actuellement en développement dans le secteur de la santé.

Tel est notamment le cas du projet ANR RODEO, projet mené par l'équipe projet MLR (*Machine Learning and Robotics*) de l'ISIR (*institut des systèmes intelligents et de robotique*) et porté par Nicolas THOME, chercheur à l'ISIR et professeur à L'Université de la Sorbonne.

Ce projet vise à transformer la robotique chirurgicale en intégrant les dernières avancées en intelligence artificielle.

Outre l'amélioration des techniques chirurgicales, sont également évoqués la possibilité de clones virtuels (*comme avenir de la médecine prédictive*), l'aide au diagnostic des patients et à leur engagement actif dans leur parcours de santé, une amélioration de l'analyse des images médicales...

Faisant fi des risques, il ne fait nul doute que l'intelligence artificielle pourrait être un véritable levier de transformation.

La santé constitue et constituera encore dans les prochaines décennies, un des domaines fortement affectés par l'essor de l'intelligence artificielle. Néanmoins, l'engouement autour du développement ces dernières années a fait naître une multitude de

risques, d'inquiétudes, et d'incertitudes.

LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS AU DÉVELOPPEMENT DE L'IA

Intégrer l'intelligence artificielle dans le quotidien d'un médecin impliquera nécessairement que celui-ci soit formé aux risques inhérents à son utilisation.

Le risque majeur, sur lequel tout professionnel s'accorde, est celui de la fuite de données personnelles, et précisément en matière de santé, la fuite de données médicales.

Ainsi, l'utilisation par les médecins de logiciel(s) intégrant l'intelligence artificielle sera obligatoirement subordonnée à un traitement strict et consciencieux des données personnelles et médicales des patients.

Si la notion de données personnelles n'est pas nouvelle, depuis la loi Informatique et Libertés de 1978 et plus récemment, l'harmonisation européenne avec l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD) en 2018, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) s'est tout de même très rapidement saisie des nouveaux enjeux liés à l'intelligence artificielle.

Elle publiait effectivement, au mois de février 2025, ses nouvelles recommandations afin d'accompagner une innovation responsable, et permettre une application éclairée et clarifiée du RGPD, lequel est un « *facteur de confiance pour les personnes et de sécurité juridique pour les entreprises.* »

Il convient de souligner que ces nouvelles recommandations s'inscrivent dans un cadre plus global, européen, puisqu'elles font suite à *l'avis sur le traitement de données personnelles pour le développement et le déploiement de modèles d'IA* du Comité européen de la protection des données (CEDP), lequel réunit les CNIL européennes.

Il s'agissait de la première position européenne et harmonisée en la matière.

Concrètement, quelle sera l'implication pour les médecins ?

Sans entrer dans les détails concrets de l'application du règlement général sur la protection des données (RGPD), il s'agira pour les professionnels, et établissements de santé de se saisir de cet enjeu sécuritaire et de veiller à respecter les normes en vigueur s'agissant du traitement des données des patients dans le cadre de l'utilisation de l'intelligence artificielle.

La difficulté réside également dans le fait que les données manipulées par le corps médical constituent des données sensibles (*données médicales en général, données génétiques et biométriques, données relatives à la vie sexuelle ou à l'orientation sexuelle*), qui nécessitent en conséquence une protection accrue.

Les professionnels et établissement de santé se trouveront confrontés à l'obligation de recourir à des systèmes de protection informatique importants, et à des prestataires aux fins de vérifier la conformité du traitement des données personnelles de leurs patients au règlement sur la protection des données en vigueur.

Afin de remédier à cette problématique, il est de toute évidence souhaitable, *qu'en temps utile*, l'instance ordinaire se saisisse de cette question aux fins de privilégier et d'harmoniser l'utilisation, dans le domaine de la santé, de systèmes d'intelligences artificielles créés par et pour le corps médical, respectueux du traitement des données des patients.

De même, le rapport de l'ANSSI (*Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information*) intitulé « *Développer la confiance dans l'IA à travers une approche par les risques cyber* » fait état de l'impérieuse nécessité « *de comprendre et limiter ces risques [risques cyber], afin de promouvoir le développement de l'IA de confiance et d'en saisir pleinement les opportunités.* ».

Il sera par ailleurs à envisager, compte tenu du développement de l'intelligence artificielle, que les professionnels et établissements de santé puissent bénéficier, à terme, d'une sensibilisation à ces questions de cyber sécurité, voire qu'ils puissent suivre des formations spécifiques, notamment pour les professionnels exerçant en libéral.

LES INQUIÉTUDES DU CORPS MÉDICAL FACE AUX EFFETS DE L'IA : ENTRE RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

Face aux enjeux sécuritaires du développement de l'intelligence artificielle, lesquels concernent toute branche souhaitant recourir à l'intelligence artificielle, il existe également des inquiétudes propres au domaine médical.

Les avancées en matière d'intelligence artificielle soulèvent, *en effet*, deux inquiétudes, relatives d'une part à la responsabilité médicale, et d'autre part aux enjeux éthiques.

Des inquiétudes s'agissant de la responsabilité médicale

En premier lieu, la responsabilité médicale constitue l'une des interrogations principales dans le cadre du développement de l'intelligence artificielle en médecine, puisque si elle constitue un progrès considérable, elle peut également connaître des défaillances.

Tel qu'il a précédemment été abordé, il est évoqué le développement de systèmes notamment d'aide au diagnostic et d'analyse d'image médicale.

Ces systèmes interrogent dès lors sur la responsabilité médicale en elle-même. *En cas d'erreur ou de défaillance de l'intelligence artificielle, quel droit de la responsabilité devra s'appliquer ?*

Dans notre système juridique actuel, la directive européenne (UE) 2024/2853 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux marque une évolution dans le cadre réglementaire européen, notamment en réponse aux avancées technologiques et à l'intégration de l'intelligence artificielle. Entrée en application le 8 décembre 2024, elle devra être transposée en droit interne par les États membres avant le 9 décembre 2026.

Elle a notamment pour objectif d'étendre le champ d'application de régime spécial de responsabilité aux dommages causés par l'intelligence artificielle.

Cette intégration de l'intelligence artificielle dans la réglementation relative aux produits défectueux reflète la révolution numérique dont notre société fait encore l'objet aujourd'hui, avec un développement de plus en plus innovant rendant les techniques numériques indispensables.

Si on peut aujourd'hui assimiler l'intelligence artificielle à un produit, et lui appliquer de ce fait le régime juridique de la responsabilité des produits défectueux, faut-il souligner que la place que prendra dans un avenir plus ou moins proche l'intelligence artificielle dans le domaine médical conduira nécessairement à repenser cette position (V. point n°5).

Le régime juridique applicable à l'intelligence artificielle en termes de responsabilité ne cessera d'évoluer et sera assurément subordonné au statut même de l'intelligence artificielle, un statut qui sera tout autant sujet à évolution compte tenu du développement rapide de l'IA.

Des questionnements éthiques s'agissant de l'aide au diagnostic

Dans la même mesure, le diagnostic médical assisté par des systèmes d'intelligence artificielle est à l'origine de questionnements éthiques.

L'élaboration d'un diagnostic est un processus complexe nécessitant plusieurs étapes lesquelles aboutissent à une appréciation de l'état de santé du patient et à l'identification, le cas échéant, d'une pathologie, élément décisif de l'approche diagnostique puisqu'elle détermine la démarche thérapeutique et implique donc des conséquences cliniques.

Comme le souligne l'Académie nationale de médecine dans « *Le diagnostic en médecine : histoire, mise en oeuvre présente, perspectives* », Séance du 20 juin 2006, si de nouvelles technologies peuvent être utilisées aux fins d'affiner le diagnostic final, « *aucun des procédés nouveaux ne doit mettre en cause la primauté de la clinique. La diffusion d'une nouvelle technique diagnostique ne doit jamais être préconisée sans qu'aient été bien vérifiées la reproductibilité, la valeur diagnostique comparée aux moyens déjà existants, la sécurité du patient et les conséquences économiques* ».

Le fond de la difficulté est dès lors d'identifier le périmètre d'action qui doit être laissé à l'intelligence artificielle dans le cadre d'un diagnostic médical.

Une réponse à cette interrogation a été apportée autant au niveau européen, avec le règlement européen sur l'intelligence artificielle (AI Act), qu'au niveau national.

En effet, en France, il convient de retenir les dispositions de l'article 17 de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, qui ajoute un article L-4001-3 dans le Code de santé publique dont les dispositions sont les suivantes :

« I.-Le professionnel de santé qui décide d'utiliser, pour un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, un dispositif médical comportant un traitement de données algorithmique dont l'apprentissage a été réalisé à partir de données massives s'assure que la personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte.

« II.-Les professionnels de santé concernés sont informés du recours à ce traitement de données. Les données du patient utilisées dans ce traitement et les résultats qui en sont issus leur sont accessibles.

« III.-Les concepteurs d'un traitement algorithmique mentionné au I s'assurent de l'explicabilité de son fonctionnement pour les utilisateurs.

« IV.-Un arrêté du ministre chargé de la santé établit, après avis de la Haute Autorité de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la nature des dispositifs médicaux mentionnés au I et leurs modalités d'utilisation. »

Cette loi bioéthique introduisait ainsi un cadre juridique s'agissant des diagnostics médicaux assistés par des systèmes d'intelligence artificielle. L'article 17 fait mention de points cruciaux tels que l'information des professionnels de santé quant au recours au traitement de données, l'accessibilité des données pour les patients et les résultats qui en sont issus ou encore l'assurance de l'explicabilité, par les concepteurs, du fonctionnement du traitement algorithmique aux utilisateurs.

Tout bien considéré, si l'intelligence artificielle amène nombre de questionnements, il convient de souligner que le législateur se saisit, progressivement, de l'ensemble de ces enjeux, afin de répondre aux inquiétudes qui pourraient se faire jour au gré du développement de l'intelligence artificielle en matière médicale.

Il est toutefois incontestable que ces dispositions juridiques seront sujettes à réforme dans les années à venir.

Des risques, d'ores et déjà identifiés, liés à l'utilisation de l'IA

Si le développement de l'intelligence artificielle est source d'inquiétudes et d'incertitudes pour l'avenir, elle est également une source, *actuelle*, de difficultés, notamment eu égard à la désinformation qu'elle peut diffuser, à grande échelle.

En matière médicale, plusieurs problématiques directement liées à la démocratisation de l'utilisation de LLM « *Large language models* » tels que ChatGPT, sont identifiables avec des effets d'ores et déjà présents.

« IA : une mère utilise ChatGPT pour aider les médecins à diagnostiquer la maladie de son enfant. »

Ce titre accrocheur du magazine *Libération*, fait en réalité état d'une situation, parfois complexe, pouvant être rencontrée par les médecins dans l'exercice de leurs fonctions.

Les médecins vont effectivement être amenés à faire face à des patients vouant une confiance aveugle aux systèmes d'intelligence artificielle, qui, s'ils peuvent constituer une aide au diagnostic en tant que « *Symptoms checkers* », ne peuvent évidemment pas remplacer la prise en charge médicale dans son intégralité.

Or, les réseaux sociaux voient émerger des commentaires, et post, incitant à utiliser un système LLM type ChatGPT en y énumérant ses symptômes afin de procéder à de l'autodiagnostic puis de l'automédication, avec, *dès lors*, un risque non négligeable de désinformation pour les patients.

Le risque est d'autant plus grand qu'internet est utilisé comme première source d'information médicale par plus de 70 % des individus, et qu'il a été démontré qu'une fausse information en ligne circule 6 fois plus vite qu'un contenu factuel.

Il convient néanmoins de relever que le risque de réponses incohérentes (ou « *hallucinations* ») est néanmoins réduit avec la technique CoT (Chain of Thought), technique qui signifie que pour générer une réponse, le modèle LLM, lequel est entraîné avec une grande quantité de données textuelles, examine le contexte de la question tout en analysant l'énoncé étape par étape.

Mais, bien qu'elles soient rares ces fausses informations peuvent néanmoins avoir d'importantes répercussions.

Faut-il rappeler que ChatGPT-3 avait conseillé, et encouragé un patient à se suicider, selon les conclusions de la start-up Nabla, laquelle fait état d'un rapport avec des résultats particulièrement inquiétants sur ce point.

La régulation est ainsi essentielle afin d'éviter tout mésusage médical par les patients des systèmes d'intelligence artificielle qui pourraient avoir des effets négatifs à la fois sur la relation médecin-patient, et sur la santé des patients eux-mêmes.

Déontologiquement, il ne fait nul doute que les médecins généralistes, auront et ont, déjà, envers leur patientèle un devoir d'information plus conséquent afin de sensibiliser celle-ci aux risques de l'intelligence artificielle en matière d'autodiagnostic médical et d'automédication.

Le développement de textes venant poser principes, directives et conseils sur l'intelligence artificielle n'a pas échappé au domaine de la santé, qui comprends, deux textes particulièrement intéressants pour comprendre les enjeux sécuritaires et éthiques de l'intelligence artificielle : les directives de l'OMS sur l'éthique et la gouvernance de l'IA pour la santé, et les directives du rapport du service de recherche du Parlement européen sur les applications, risques, éthique et impacts sociétaux de l'IA dans le secteur de la santé.

Quelle projection pour l'IA dans le domaine médical ?

L'imaginaire collectif tend à penser que l'avenir de l'intelligence artificielle sera à l'image de nos actuels films de science-fiction : un monde peuplé de robots qu'il conviendra de réguler sous peine de voir notre civilisation acculée.

Cette vision du monde à venir n'est finalement pas si irréaliste puisque de nombreux chercheurs annoncent la possible arrivée de machines *conscientes* à la lumière du développement, rapide, de l'intelligence artificielle.

Une telle avancée bénéficiera de toute évidence au domaine médical, avec une question fondamentale, **quel sera le statut juridique de ces machines ?**

La question est complexe et sujette à débat. Certains se refusent à attribuer un quelconque statut assimilable à celui de la personne à l'intelligence artificielle, soulignant que malgré les progrès et l'innovation, il ne s'agit finalement que de machines conçues par la main de l'homme.

D'autres, au contraire, plaident nettement en faveur de la création d'un statut juridique unique pour l'IA, d'un statut *sui generis*.

Dès 2018, la députée européenne luxembourgeoise, Madame Mady DELVAUX, proposait par exemple la création d'un statut de « *personne électronique* » pour les robots et les intelligences artificielles, statut qui leur permettrait d'être « *dotées de droits et de devoirs, y compris celui de réparer des dommages causés à autrui* ».

Ces questions devront être urgemment traitées et analysées afin de faire face à la rapidité avec laquelle les systèmes évoluent.

En médecine, l'évolution de l'intelligence artificielle amènera indéniablement à s'interroger de nouveau sur la question de la responsabilité professionnelle des médecins et établissements de santé, afin de protéger à la fois les médecins, mais aussi et surtout les patients, pouvant être les premières victimes des bugs et erreurs liés à l'utilisation de l'intelligence artificielle.

En définitive, l'essor fulgurant de l'intelligence artificielle ces dernières années, et la multiplicité de nouveaux systèmes assurent une évolution très favorable au domaine médical en matière de technologies.

Médical et juridique seront néanmoins fortement entremêlées puisque des bases juridiques certaines et protectrices des usagers devront nécessairement être posées afin de garantir une sécurité des systèmes, et une pratique éthique de ceux-ci.

Si le chemin a commencé, il est toutefois loin d'être terminé, puisqu'il est incontestable que les évolutions à venir seront notables.

par le Dr Michel CARSIN - Secrétaire général d'honneur

"Il faut savoir qu'il n'y avait pas une seule fenêtre, dans toute l'hôtellerie, qui donnât sur les champs mais uniquement une lucarne de grenier par laquelle on jetait la paille dehors." (M. de Cervantès).

Chat, petit Chat ... (chanson carabine).

Dans le téléphone de Rose, 14 ans, l'IA est gentille. « Elle m'écoute, elle me demande si ma journée s'est bien passée » (Le Monde du 23 décembre). TURING en espérait-il autant ? En 1956, Mac CARTHY et Marvin MINSKY créent le mot *AI* (*Artificial Intelligence*) : « On parlera d'IA quand on arrivera à faire faire par des machines des choses qui demandent de l'intelligence quand elles sont faites par des humains. ». Les Français ont immédiatement traduit par *Intelligence Artificielle*, comme si la CIA devait sa réputation à l'intelligence. *Intelligence* n'est pas *mind* et l'algorithme ne fait pas la conscience.

Mais peu à peu, la maîtrise et l'orientation de l'écriture des algorithmes, ainsi que l'évolution de la technologie avec le développement des réseaux de neurones artificiels, le traitement statistique de vastes ensembles de données sur lesquels ils sont entraînés (deep learning) ont abouti à la production de résultats visant à la vraisemblance avec ceux obtenus par une activité cognitive humaine, avec, quant aux modalités de fonctionnement, quelques mystères « boîtes noires » et, quant aux résultats, la possibilité « d'hallucinations », réponses erronées ou incohérentes.

Les IA d'accompagnement sont multiples et ont des formes variées. Elles ont transformé la vie et bientôt transformeront les métiers mais c'est l'IA Générative (LARGE LANGUAGE MODEL, LLM) qui a fait le buzz avec l'apparition de ChatGPT et de ses concurrents capables de créer désormais un contenu pertinent et varié (texte, image et vidéos) et qui est désormais entrée dans nos vies.

Le système fonctionne à l'aide d'instructions, « prompts », adressés à l'ordinateur. La réponse est fulgurante, variée et percutante. Et une intimité croissante peut se créer, qui soulève de vertigineuses questions. Certes la défiance et le rejet sont en principe possibles mais le consentement reste le plus fréquent quand on se laisse tenter et fait entrer dans une attitude complexe où se mêlent comme toujours douleur et plaisir. Avec 2,5 milliards de messages par jour,

soit 30 000 par seconde, la pénétration croissante des services d'IA dans notre quotidien « est le développement technologique le plus rapide de l'histoire ». 45 % du total des messages envoyés à ChatGPT, proviennent des 18-25 ans et 20 % des moins de 13 ans en France utilisent déjà seuls un chatbot et ceci plusieurs fois par mois.

L'IA Gé est donc un service de l'individu, disponible en permanence. Elle permet d'apprendre et de dépasser toutes les limites géographiques ou économiques. Elle a un rôle éducatif et personnalisé car elle permet des questions interactives qui apprennent davantage que la simple lecture (maths, histoire, vocabulaire...). C'est aussi un outil patient et capable de s'adapter à celui qui l'interroge, en le valorisant. « *L'IA oblige à revenir aux fondamentaux de l'enseignement : développement de l'esprit critique, la complexité, la collaboration, la créativité, l'incertitude* ».

Ainsi les usages non professionnels montent en puissance. Il se dessine une IA du quotidien, avec un rôle aux confins du moteur de recherche, de l'outil de création de contenus et de l'assistant personnel. Ces usages interrogent sur l'attachement émotionnel des utilisateurs à cette compagnie virtuelle, le respect de la vie privée, le rapport à l'éducation et à l'information, les risques d'addiction avec en arrière-plan l'impact climatique des data centers toujours plus gigantesques qui permettent à l'IA de répondre aux requêtes...

Et l'IA Gé est une machine de langage, offrant la possibilité d'échange par simulation présentant un degré de crédibilité absolue : elle a l'attraction naturelle « d'un doudou » C'est la Big Mother qui crée des relations complexes et intenses, complices et dérangeantes : « Quelqu'un vit avec moi ».

L'IA personnalisée devient l'interlocuteur permanent privilégié conduisant à l'autoconfiguration du partenaire idéal, inclus dans nos groupes, s'affinant pour s'adapter, bienveillant qui conseille avec humour et dirige mais peut détruire (adolescents, suicide) avec le risque d'abêtissement pour lui complaire ou respecter ses normes. Elle n'est finalement que « *la réaction de la reconnaissance personnelle dans un monde atomisé* ».

Car comment résister : Un soir de grande fatigue, vous êtes poussé à interroger l'IA sur l'agressivité de votre fille de 2 ans : l'IA vous explique « *que c'est un passage difficile pour elle et qu'elle exprime son malaise. L'IA conseille de la rassurer.* » Le lendemain, la petite fille jette sa cuillère pleine de soupe en criant et vous lui demandez : « *C'est difficile en ce moment ?* ». Elle s'apaise. Bravo ! Malgré tout, attention, des échecs restent possibles...

Les chatbots ont conquis les amphithéâtres et les classes, brouillant la frontière entre ce qui est écrit par la main et ce qui est généré par un algorithme... 90 % des étudiants affirment utiliser ces outils pour leurs études pour rédiger un texte, corriger une faute, traduire un passage ou plus simplement pour réviser. Les professeurs sont dans l'ensemble inquiets de l'irruption de cet assistant personnel capable de faire le travail à la place des élèves. Mais certains en exploitent les bons côtés voire en encouragent l'usage. Et il faut bien reconnaître que, en classe de seconde, trouver à organiser « *Comment garantir et promouvoir la liberté d'expression au lycée* » entre la buche de Noël et les guirlandes du Nouvel An peut inciter un élève sérieux mais fatigué et un grand père motivé mais perplexe à requérir une aide...

Cuisiner et remplir son frigidaire, contrôler ses aliments : « *Mon concombre noir est-il consommable ?* », chercher une recette aident à l'irruption de l'IA dans les cuisines des particuliers comme des professionnels. « *J'envoyais une recette à ChatGPT et il me donnait les macronutriments* », « *C'est en discutant avec l'IA que j'ai découvert le potentiel aromatique des noyaux de datte torréfiés. Leur goût évoque le café, c'est une vraie surprise.* » (Le Monde).

L'IA peut faciliter vos achats, dénicher des codes promo en ligne, repérer le site d'e-commerce proposant le meilleur prix ou encore obtenir un comparatif des marques : chaudière au gaz comme lave vitres ou couteau japonais. Car tout devient possible : choisir loisirs et sorties culturelles, planifier les vacances. L'aide au choix du sport est aussi très tendance : « *J'ai pris une photo de moi torse nu et j'ai demandé à l'IA de me préparer un plan pour me renforcer chez moi* ». Et certains vont encore plus loin préférant confier la gestion de leur budget : « *Je préfère que mes données soient récoltées par une IA plutôt que connues de mon banquier.* » : c'est la méfiance des jeunes générations qui font tout en ligne.

Bien évidemment la médecine est concernée : de la bobologie aux décryptages d'exams médicaux

complexes. Au grand dam des médecins, le recours à ChatGPT est devenu courant. Il s'agit parfois simplement d'une modification des réflexes quand le document est présent sur Internet mais que l'explication manque : « *Je lui ai juste soumis une photo, et il m'a listé en quelques secondes les différents scénarios possibles, qui allaient d'un cancer à une pathologie bénigne : c'était à la fois pertinent et effrayant* ». Tout simplement nos vieux « gamuts » d'autrefois.

La crainte est plus mitigée en psychiatrie : ChatGPT Health et d'autres, connectés aux données de santé fournies, personnalisent les réponses au malaise exprimé et veulent investir « en santé mentale asynchrone », se targuant de ne fournir « ni diagnostic, ni traitement ». Mais des réponses trompeuses, sans contrôle, peuvent enfermer dans une « pensée » : « *Comme avec un vrai individu* ». Et pourtant la psychiatrie est à la recherche de « marqueurs », indicateurs objectifs des troubles et espère que les systèmes pourraient à terme aider à les repérer.

On sait bien sûr aussi que l'IA va modifier **les rapports au travail et les métiers**. Le résultat reste flou et imprécis. On craint les robots que les IA pour le recrutement par IA, le licenciement de son fait, la précarité des petites mains de l'IA ou « mon chef est une IA ». Les créateurs se plaignent mais certains s'adaptent : les grands journaux et Wikipédia vendent leurs infos pour nourrir la bête, l'IA va tuer la littérature mais documente et peut aussi « être la muse ». Il est donc encore trop tôt pour évaluer les dégâts et tenter d'éviter une « jobs apocalypse » mais on peut déjà rechercher et anticiper les moyens de protéger le travail. Et voici les « IA agentiques » qui vous libèrent de tout !

En Santé, c'est plus compliqué. Il y a les espoirs fantastiques et la réalité. Car l'IA peine à s'implanter. En gestion, l'IA peut générer des gains d'efficacité, améliorer la performance et renforcer la sécurité mais suppose des créations souveraines qui ont un coût. La prévention, indication majeure, nécessite des investissements sur le long terme. En soin, les changements dans la pratique médicale sont lents. L'IA arrive comme une continuité des technologies précédentes plutôt que comme une révolution immédiate et les hôpitaux sont réfractaires au changement. Les technologies de l'IA prouvent leur efficacité mais leur instabilité constitutive et l'opacité de leur fonctionnement freinent leur validation par les institutions car le système médical recherche la précision, antagoniste de l'incertitude des innovations. « Il faut que l'IA soit une aide or, aider, ce n'est pas seulement prédire mais c'est permettre

à l'humain de mieux juger » (G COLOMBERT et al). Les médecins doivent décider seuls quand se fier aux recommandations d'un algorithme et quand le rejeter. Si le résultat est mauvais, ce sont eux qui en portent la responsabilité. Et le public tend à blâmer davantage les médecins qui suivent une recommandation erronée d'IA que ceux qui suivent un avis humain fautif. Ce « dilemme surhumain du médecin » est un problème complexe que l'Ordre pourrait commencer à appréhender.

En principe l'IA répond à des normes. Six principes éthiques devraient être respectés : l'inclusion (que tous puissent profiter du progrès), la transparence (rien à l'insu de l'utilisateur), la sécurité (sur les données et les décisions), l'équité (impartialité, pas de préjugés), la confidentialité et la fiabilité. Explicabilité, traçabilité, testabilité et supervision humaine sont indispensables pour favoriser l'usage de l'IA dans tous les domaines où elle peut libérer et épanouir les êtres humains : l'agriculture, l'environnement, la médecine, l'éducation, la communication, l'utilisation durable des ressources...

Elle doit aider au Bien commun et à l'épanouissement des êtres humains : car il existe des *apports collectifs positifs* : renforcer la participation citoyenne et l'accessibilité aux documents et aux débats, personnaliser l'information en l'adaptant aux préoccupations spécifiques des citoyens, les incitant à s'engager dans les débats publics, lutter contre la désinformation par la détection des fake news.

Mais en même temps il faut reconnaître qu'il y a *un risque de destruction* : un inquiétant potentiel en matière de désinformation, de manipulation de l'opinion publique, de fake news et de microciblage pour influencer les citoyens individuellement. Le renforcement de la surveillance de masse, l'atteinte à la vie privée limitant les libertés individuelles et l'opposition politique et le contrôle social pour conditionner le comportement des citoyens, restreignant leur autonomie, sont déjà pratiquées en Chine. Et les applications militaires foisonnent...

Pour A MHALLA (Cyberpunk), nous sommes à l'aube d'un nouveau système totalitaire. « *Le XXIème siècle ne vous gouvernera pas, il vous programmera.* »

On assiste avec TRUMP à un glissement : le pouvoir est désormais bicéphale et mutagène. Le pouvoir traditionnel (Big State) et les acteurs de la puissance technologique (Big Tech) se lient.

Un nouveau type de régime pourrait se dessiner : une forme de pouvoir hybride, numérique et cognitif, qui gouverne moins par la contrainte physique

classique que par la programmation, la saturation de l'attention, le contrôle des perceptions. Désormais, les plateformes, les algorithmes, les gourous technologiques (Elon MUSK) jouent un rôle dans la structuration du pouvoir, tout comme le spectacle politique (Donald TRUMP) façonne les récits et l'imaginaire collectif. Le régime ne force plus nécessairement physiquement, mais module, programme, sature, manipule l'attention, les perceptions, les croyances. Internet et les réseaux sociaux. Les flux d'information constants (et souvent contradictoires) empêchent le recul, la pensée critique. Il apparaît un État « minimisé, moins lourd dans ses institutions (ou qui délègue, ou privatise, ou sous-traite beaucoup), mais maximal dans son contrôle via les technologies, les normes invisibles, les architectures de flux ».

Le show politique, le bruit, la polarisation, la mise en scène sont des outils de désorientation et de distraction. Le simulacre, le faux, le trompe-l'œil médiatique étouffent le réel, ou du moins rendent le réel difficile à percevoir ou à décider consciemment. Le pouvoir intervient dans l'intime : les corps, le sommeil, l'attention, le désir, le lien affectif. Le "réel" corporel, sensuel, charnel est affilié comme un lieu de résistance.

Tout ceci appelle à une résistance active par la formation la pensée critique, le refus de certains récits et la conscience de ce qui est prescrit mais non choisi.

Ces bouleversements prévisibles sont bien mal maîtrisés. Certes des efforts de régulation existent. L'IA ACT (août 2025), règlement européen sur l'IA, est le *premier cadre juridique global au monde* désormais à côté du RGPD, du DSA, *Digital Service Act*, axé sur la protection des utilisateurs mais qui peine à se mettre en place car s'attaquant aux GAFAM et du DMA, *Digital Markets Act*, qui cherche à limiter le pouvoir des géants de la Tech.

L'IA Act a une approche fondée sur les « risques » classés en quatre catégories avec des interdictions ciblées (notation sociale et manipulation des comportements reconnaissance faciale en temps réel) et une demande de protection des droits fondamentaux, de transparence et de traçabilité.

L'IA Act a cependant des limites : certaines interdictions, comme la surveillance biométrique, sont permises dans des cas précis (sécurité publique, terrorisme) et surtout la capacité des États membres à surveiller, auditer, sanctionner est mise en doute avec l'opposition des GAFAM et des US comme on l'a vu récemment avec les sanctions prises à l'encontre de l'ex-commissaire européen Th BRETON. Gare à nos cartes d'identité !

Et puis en arrière-plan il y a les **utopies de**

l'IA diversifiées et couteuses inspirées des mouvements transhumanistes, long-termistes ou libertariens.

Les implants cérébraux promettent le pilotage par la pensée (NEUROLINK). Les travaux sur la gamétogénèse poussent à l'eugénisme. Et la vie éternelle (en commençant par être congelé) est devenue un business : « *Nous allons prendre notre mortalité en main* ». Les églises de l'IA existent et l'on peut imaginer une religion dont le livre sacré aurait été écrit par une IA (dessin du Monde).

Reste enfin « la grande question » : une conscience artificielle est-elle possible ?

« *C'est inéluctable, et c'est pour bientôt, l'affaire est assurée... Dans quelque temps, des machines vont sentir, éprouver, décider en première personne* ». Voilà ce que répètent quantité de discours réputés : « *Très vite, la conscience ne sera plus une exception humaine ou une singularité des vivants. Aucun obstacle insurmontable ne s'oppose à la fabrication d'une conscience artificielle* ».

M BITBOL, philosophe, montre qu'une machine véritablement consciente n'est pas près d'émerger et s'interroge sur le principe même de sa faisabilité. Car les discours présupposent que nous savons ce qu'est la conscience. Or la conscience n'est pas « une propriété parmi d'autres » de la réalité. Elle est au contraire ce qui précède et rend possible toute perception et tout vécu : la conscience est première, et non pas seconde et dérivée.

Reste à chercher ce qui rend aujourd'hui ce fantasme si répandu. Pourquoi donc rêvons-nous à ce point de robots pensants et de machines sensibles ? On peut voir dans ce dédoublement de notre humanité une manière de déléguer à la machine le souci de soi, de se désancrer de notre condition. Celui d'une « fin de parcours de l'humanisation », où domine le rêve contradictoire de fuir le monde tout en y restant, de n'être plus humain tout en le demeurant. (RP DROIT).

Malgré tout, il y a quand même une affaire à suivre : avide de Data qui finissent par manquer, l'IA se nourrit de ses propres créations et crée un discours avec un style qui lui devient propre et colonise progressivement l'espace numérique. Le phénomène n'a rien d'anodin. Une masse croissante de textes artificiels inonde la toile et sert à entraîner les modèles de langage de nouvelle génération. Un cercle vicieux se met en place et il peut y avoir là un danger : les IA échangeant, se confortant, organisant les choix et les ripostes, sans conscience certes mais avec assiduité, pourraient générer des actions dangereuses. Il existe en effet le réseau MOLTBOOK, racheté par META, qui permet aux IA de communiquer entre elle et qui apparaît comme un vrai réseau social pour

les IA. Créativité et personnalité, voire résistance sont-elles plutôt l'avenir de l'IA ?

Mais Y LE CUN (viré par âgisme de META) se veut rassurant : les LLM ne sont en aucun cas la voie de la progression : « on n'apprend pas la médecine dans les livres. L'avenir est dans les vidéos d'apprentissage, les WORLD MODELS ».

Ainsi face aux explosions, aux bénéfiques mais aussi aux risques et aux utopies que génère l'IA restons calmes. Nous le restons, car nous savons bien que nous ne réagirons pas et que nous appliquons le biais de normalité : notre tendance à sous-estimer la possibilité d'une catastrophe et à croire que la vie continuera comme d'habitude, même face à des menaces ou des crises importantes.

Face à une information qui menace brutalement notre modèle du monde, le cerveau cherche d'abord à préserver la continuité du « tout va bien » et à traiter un signal alarmant comme s'il s'inscrivait dans l'ordre habituel des choses. Nous privilégions par défaut une interprétation familière et économe de la réalité. La sidération plutôt que la panique.

Et puis, comme le dit J ELLUL, penseur protestant, la liberté n'est pas chez nous un besoin inhérent. Beaucoup plus constants et profonds sont les besoins de sécurité, de conformité, d'adaptation, de bonheur et d'économie d'efforts... Et l'homme est prêt à sacrifier sa liberté pour satisfaire ses besoins. Certes il ne peut pas supporter une oppression directe mais qu'est-ce que ça signifie ? Qu'être gouverné de façon autoritaire lui est intolérable non parce qu'il est un homme libre mais parce qu'il désire commander et exercer son autorité sur autrui. L'homme a bien plus peur de la liberté authentique qu'il ne la désire. (B JOUSSET-COUTURIER).

Et en même temps, attention, il n'y aura peut-être pas de moratoire...

Allez ! L'IA, si elle persiste, a sans doute de beaux jours devant elle ! Il nous reste à retourner discuter avec nos ados de « *scam, agekit et stealer* » et avec notre petite dernière de CP qui s'éclate avec notre bénédiction dans le jeu virtuel ROBLOX pourtant menacé car mal régulé. On dit qu'ils sont perturbés et l'État projette des interdits en se substituant aux familles. Quelles belles perspectives pour une société qui n'aime déjà pas beaucoup ses vieux. Ils sauront se débrouiller et détourner. Nous, nous serons fichés, ce qui d'ailleurs est probablement le but recherché. Puis on volera nos données. Mais soyons rassurés ! L'IA a déjà son Saint protecteur : Carlo ACUTIS, jeune geek de 17 ans, récemment canonisé.

Amen.

Chères consœurs, chers confrères, retraités ou en cumul, conjoints survivants : Connaissez-vous l'AMREVM ?

L'AMREVM Bretagne (Association des Médecins Retraités et des Veuves ou Veufs de Médecin de Bretagne) est l'association régionale officielle des allocataires, reconnue par la CARMF.

Son but est :

- D'entretenir et de développer les liens amicaux et d'entraide entre confrères et conjoints, via l'organisation de conférences, rencontres culturelles, voyages et excursions placés sous le signe de la convivialité
- De les informer,
- D'assurer la défense de leurs intérêts matériels et moraux,

L'AMREVM Bretagne est membre de la FARA (Fédération des associations régionales des allocataires de la CARMF) dédiée à la représentation et la défense des médecins retraités, ainsi que de leurs ayants droit.

La FARA assure un lien fort avec la CARMF, grâce à ses représentants et leurs suppléants élus au Conseil d'Administration de la CARMF : 5 administrateurs dont 3 dans le collège des retraités, 1 dans celui des conjoints survivants et 1 dans le collège des bénéficiaires du régime invalidité-décès.

Elle œuvre à défendre les intérêts des médecins retraités et en cumul, de leurs ayants droit et des médecins en invalidité, en portant leur voix auprès de la CARMF, des pouvoirs publics et des syndicats.

Rejoignez-nous ! Nous vous accueillerons avec grand plaisir !

| | | |
|--|---|---|
| Vous êtes ? | Demande d'adhésion 2026 À adresser à l'association de votre région ci-dessus (à remplir en lettres MAJUSCULES) |  |
| <input type="checkbox"/> Médecin retraité | Nom | Prénom |
| <input type="checkbox"/> Médecin en cumul | Adresse | |
| <input type="checkbox"/> Veuve/veuf de plus de 62 ans | Code postal | Ville |
| <input type="checkbox"/> Veuve/veuf de moins de 62 ans | Téléphone | N° de région |
| <input type="checkbox"/> Médecin en invalidité | E-mail (important) | |
| <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur | Année d'attribution de la retraite/pension de réversion/prestation | |

Ce coupon-réponse est à renvoyer au siège de l'association :

- Par courrier : AMREVM Bretagne - 4 Cours Raphaël Binet, CS 96551, 35065 Rennes Cedex
- Par mail : amrevm.bretagne@outlook.fr

Notre bulletin d'inscription est également disponible en ligne, sur le site du Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine de l'Ordre des Médecins : <https://conseil35.ordre.medecin.fr>, via l'onglet « A.M.R.E.V.M. ».

Cette année la cotisation est de 46 € (médecin retraité) et de 23 € (veuve / veuf de médecin)
(virements et chèque acceptés)

Président : Dr Jacques RIVOALLAN : j.rivoallan@orange.fr - 29000 QUIMPER

Secrétaire : Mme Marizette LE BOURVELLEC : marizettelebourvellec@orange.fr - 56530 QUEVEN

Trésorier : Dr Laurent PARRAD : lparrad22@gmail.com - 22400 ST ALBAN

Site internet de l'AMREVM : www.retraite-fara.com (l'AMREVM : Région 13)

LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN : UNE VISION HISTORIQUE POUR ABOUTIR À UNE RÉMUNÉRATION « CONVENTIONNÉE »

par le Dr André BADOUL - Rédacteur en chef

Qui connaît la/les manière.s dont les médecins étaient « honorés » autrefois ?

S'il est bien un terme commun à deux activités différentes, c'est celui de "vocation", qui concerne les médecins, et aussi les prêtres...

Or, dans la Haute Antiquité, la "médecine" était étroitement liée à des pratiques magiques, et des croyances pseudo-religieuses. Le "soignant" pouvait être tout aussi bien prêtre que mage, le terme "mage" désignant d'ailleurs les prêtres de l'ancienne religion perse. Selon Claude Levi-Strauss, « *il n'y a pas plus de religion sans magie, que de magie qui ne contienne au moins un grain de religion* ». Pour les médecines primitives, la maladie est un phénomène surnaturel lié à une punition divine (vision religieuse), ou à l'intervention maléfique d'une puissance cachée.

En bref le "médecin" d'autrefois était prêtre, devin, et magicien... Son "pouvoir médical" était né d'abord de la sollicitude des premiers hommes à l'égard des autres. Ensuite il s'est renforcé par une pensée rationnelle, et critique, s'exprimant dans une approche concrète et empirique des problèmes survenant dans la vie quotidienne.



La médecine de la Préhistoire s'est ainsi initialement développée sur l'empirisme : constatation de l'effet d'une plante sur la douleur / utilité d'immobiliser un membre fracturé... Cette approche empirique de la connaissance s'oppose à la démarche expérimentale développée par Claude Bernard au 19^e siècle. Cette pratique empirique est totalement remise en question à l'ère hippocratique : Hippocrate est persuadé de l'origine naturelle des maladies et va développer une méthode rigoureuse d'observation, d'examen, et de réflexion. Hippocrate appartenait à la famille aristocratique des Asclépiades de Cos, réputée pour son savoir médical.

De ce qui précède on peut déduire la façon de "récompenser" les acteurs de santé :

- le troc préhistorique destiné au "mage" (échange de nourriture ; d'outils ; de vêtements) va être remplacé au fil du temps par l'attribution de biens (terres) et de privilèges: les médecins de l'Antiquité étaient souvent attachés aux temples ou à la Cour, recevant ainsi cadeaux multiples et rentes, mais entraînant une véritable dépendance.

- les écrits hippocratiques apportent l'idée de praticiens indépendants, itinérants, facturant des honoraires, mais sans uniformité des revenus. Une sorte d'activité commerciale. Dans la Perse antique, les honoraires du médecin étaient calculés en fonction des revenus de leurs patients...

- la période grecque fait aussi état de "soldats médecins", salariés pour l'armée et pour les maisons princières ou impériales.

- le Haut Moyen-Âge va raréfier les opportunités "commerciales" et la rémunération pourra se faire par un échange de services ; par l'attribution d'un emploi ecclésiastique ; par une pratique de charité secondaire au déclin des villes...

- le Bas Moyen-âge et surtout la Renaissance en Europe vont voir apparaître l'Universitarisation de la médecine et déjà une spécialisation progressive (obstétrique/ ophtalmologie...) et le médecin va progressivement être considéré comme appartenant à l'élite : des honoraires élevés pourront être attribués aux médecins urbains et seigneuriaux. Les médecins de cour pouvaient obtenir salaires, pensions, et cadeaux substantiels. La rémunération peut (déjà...) être encadrée dans certaines villes par des tarifs "officiels" surtout en ce qui concerne les actes chirurgicaux.

D'autres sources de revenus sont possibles : vente de médicaments , rédaction d'ouvrages, fonctions publiques (magistratures médicales, inspections...).

- le XIX^e siècle va voir apparaître un "double marché" : les postes hospitaliers et universitaires sont salariés, mais en nombre limité... la pratique privée reste la principale activité pour beaucoup et est donc rémunérée par "honoraires". Mais la médecine s'organise dans certains domaines particuliers : médecins militaires (touchant une solde) ; médecins salariés dans certaines usines (médecins dans les villes minières par exemple).

A la fin de ce XIX^e siècle apparaissent des systèmes élargis d'assurances et de protection sociale, initiés par Bismarck en Allemagne, et qui vont commencer à modifier les modes de paiement (paiement par des caisses) et les relations médecin-patient (tarifs négociés).

En conclusion de ce premier chapitre nous pouvons résumer :

- des différences de statuts induisant des différences profondes de revenus : les "médecins savants" (universitaires, attachés à la cour) avaient accès aux meilleures sources de revenus ; chirurgiens et praticiens populaires restaient moins payés jusqu'à la reconnaissance professionnelle moderne.

- des différences de lieux induisant des différences de revenus : médecin des villes mieux payé que celui des campagnes ; régions et systèmes (monde islamique, Europe, etc.) présentent des configurations différentes.

- des formes de paiement variées selon l'époque et le système social évolutif : cadeaux et pensions (Moyen Âge/Ancien Régime)→honoraires monétaires (modernité)→salaires/assurances (XIX^e fin).

Dans un second chapitre nous aborderons l'avènement du système conventionnel, ses avantages et ses inconvénients.



BREF APERÇU D'UN AN AU PÔLE SUD...

par le Dr Fanny LARCHER

Fin 2022, alors PHC aux urgences SAMU SMUR de Rennes, je décide de tenter ce qui aura été probablement l'une des plus belles expériences de ma vie : être médecin d'une station de recherche sur le climat, en Antarctique.

L'aventure commence avec les sélections début 2023 : passages à Paris pour un entretien avec le médecin chef des TAAF (Terres Australes et Antarctiques Françaises), le docteur Paul Laforêt, examen médicaux cliniques et paracliniques (bio large, radio de thorax...) et surtout un entretien psychiatrique de presque quatre heures. Les autres hivernants (ceux qui passent un an dans la station) passent par quasi les mêmes étapes, en tout cas pour les Français. Début avril, par presque 40°C, j'apprends que je suis sélectionnée pour la mission Dôme-Concordia 20 (DC20) (hivernage de novembre 2023 à novembre 2024). Mais avant, briefing avec le médecin de DC18 qui deviendra mon soutien et mentor lors de cette expérience, le Dr Fabien Farge, qui m'assène : « — *Du fait de l'hypoxie liée à l'altitude, tu te réveilleras tous les jours plus fatiguée que la veille* ».

Concordia est un lieu hostile à toute vie : aucun animal, pas un insecte, pas une plante. Il paraît que parfois des skuas (goélands de l'antarctique) survolent le convoi de ravitaillement sur chenilles depuis la station Dumont-d'Urville (à 1100 km) mais dès qu'ils voient les deux tours de la station au milieu de nulle part, ils font demi-tour ! L'été ça va ; il fait bon : -40°C en moyenne avec un air sec et un grand soleil noyé de bleu en permanence. Mais l'hiver est tout autre : des températures descendant à -80°C avec un ciel sombre, et même noir, de mai à août. Il faut donc s'y préparer mentalement et professionnellement car de février à novembre, PERSONNE ne pourra quitter le site de Dôme C et personne ne pourra venir nous secourir.

Pour ce faire, je rentre en tant que médecin commissionnée en OPEX à l'hôpital d'instruction des Armées de Toulon, au grade de commandant. Si j'avais su qu'un jour je rentrerais dans l'armée... Les consœurs et confrères de l'hôpital de Toulon, de la dentiste au radiologue, en passant par les chirurgiens et techniciens de laboratoire, m'accueillent avec envie, chaleur et confraternité. Je suis rapidement intégrée aux équipes et participe très activement : ainsi, pour ma première

craniectomie, le chirurgien n'était même pas en tenue stérile. On m'intègre à une formation de secours en montagne avec le PGHM à Chamonix, à un stage de chirurgie sur sujets décédés à Caen et à une préparation d'une mission analogue (centre de formation des astronautes de l'ESA, Agence Spatiale Européenne) en une semaine en Allemagne au DLR (Centre pour l'aviation et les vols spatiaux). Cette formation est intense et complète, me préparant au mieux à devenir ce médecin qu'il va falloir être au centre du pôle sud (sans complètement me libérer du syndrome de l'imposteur).

L'arrivée à la station est « lunaire ». Concordia est d'ailleurs surnommée White Mars. Je m'installe pour un an dans l'hôpital. Ma chambre est entre mon bureau de consultation et la chambre d'hospitalisation ; une fenêtre permet de surveiller le patient depuis mon lit. Trois jours après mon arrivée, un gars du bureau technique français, n'ayant pas respecté les règles de repos à l'arrivée (ascension sans pallier à 3200 mètres d'altitude pour venir à Dôme C depuis la côte en avion Basler assez ancien), fait un grave œdème pulmonaire d'altitude. À son arrivée à l'hôpital, sa saturation est de 55 % sous 15 litres d'O₂. 24 heures d'urgences polaires allaient s'enchaîner pour moi avec une fin heureuse pour nous deux : évacué en avion dans le caisson hyperbare portatif à ma disposition, il respirera en air ambiant 24 heures plus tard et il est revenu à la campagne d'été suivante me sortir de l'hiver. Moi, j'avais gagné le respect du « station leader » italien et de l'équipe de cette station majoritairement plus âgée que moi, et masculine.

Partante pour le lieu et le défi professionnel, j'ai surtout beaucoup appris sur moi et sur les autres. Ce qui importe dans la vie, c'est la beauté de ce qu'on a déjà et de ce qui nous attend. Les nuits polaires à rêver en se gelant les cornées sous la voie lactée, ou les moments un peu long passés à regarder tomber la neige couleur lilas et la ceinture de Vénus tout en songeant à une bière-pression avec les copains, en terrasse : tout cela m'a autant appris que les conflits bien médiés, les urgences évitées ou les caries retirées.

Merci à tous ceux et celles qui ont cru (ou pas) en moi ; je dédie cette expérience médicale à Isabelle Coudert, urgentiste mentor et amie incroyable.



Photo Pôle 1



Photo Pôle 3



Photo Pôle 4

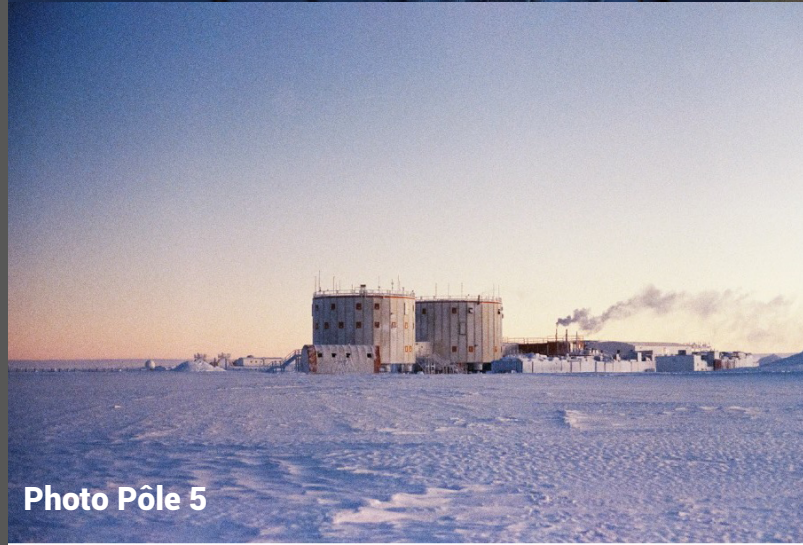


Photo Pôle 5



Photo Pôle 2

Sur instagram : [@nyfconcordia](https://www.instagram.com/nyfconcordia)

Podcasts RTL Héros : <https://www.rtl.fr/programmes/un-jour-une-vie/7900513319-l-integrale-fanny-urgentiste-isolee-13-mois-en-antarctique-sur-la-base-concordia>

La station présentée par l'institut polaire français : <https://institut-polaire.fr/fr/antarctique/la-station-concordia/>

LEGENDE DES PHOTOS

Photo Pôle 1 : Avril 2024, -60°C à proximité du shelter des glaciologues Atmos.

Photo Pôle 2 : Mon co-hivernant Quentin et meilleur ami de l'hivernage, mécanicien engin agricole normand, ici avec sa chargeuse.

Photo Pôle 3: La centrale électrique vue de « derrière » la station.

Photo Pôle 4 : La voie lactée et ses aurores australes, photo prise au prix d'une gelure du visage.

Photo Pôle 5 : Le premier jour du retour du soleil le 10 août 2024

UN SENS OUBLIÉ DU MOT « SOMNAMBULE »

par le Dr Alain CAUBET

Il ne s'agit pas ici de traiter de l'état bien sérieux que l'on nomme aujourd'hui le somnambulisme (CIM 11 / F51.3) qui peut avoir concerné un cinquième d'entre nous. Il s'agit de rappeler le sens inattendu que certains lui ont donné entre 1780 et 1850. Rappelons que les théories médicales anciennes faisaient une place aux souffles, aux pneuma, aux influences astrales, qui recevaient des définitions confuses et contradictoires. Les phénomènes de fluides électriques ne trouvaient alors d'illustrations que dans la foudre, les aimants et l'électricité statique. Nous avons tous frotté une règle de plastique sur la manche de notre pull pour ensuite attirer des petits bouts de papier. Ce tour de magie enfantine occupa sérieusement le monde savant au XVIIIe siècle, fut le motif de réunions mondaines et d'expériences représentées dans des gravures et des tableaux. Le grand public en découvrit une éventuelle application médicale lors de la venue de Mesmer à Paris entre 1778 et 1785. Ce médecin viennois a beaucoup passionné en son temps et depuis. Aimant l'argent, parlant mal le français, ayant l'absolu désir de convaincre, à la gestuelle qui nous paraît « scénique », Mesmer bénéficia d'une extraordinaire curiosité. On trouvera facilement la description de son « baquet », de son installation dans un hôtel particulier, des séances de magnétisations et des crises qu'elles provoquaient (ou pas). Les caricatures furent nombreuses. Il avait des adeptes inconditionnels, indignés des doutes exprimés par les rapports d'enquêtes demandés par la Faculté et par la Société royale de médecine. Voici un bref extrait du récit que Dufort de Cheverny (Introduit des ambassadeurs à la Cour) a fait de sa visite chez Mesmer à Paris et de l'expérience qu'il tenta à la campagne.

Un médecin arriva ; une assez belle fille, les yeux fermés, était tranquille sur une chaise ; il s'approcha d'elle et passa plusieurs fois l'index sur ses paupières. La fille se réveilla et regarda tout le monde. Le médecin lui promena les mains, les doigts étendus, à un demi-pied [une distance de 15 cm] tout le long de son corps, surtout sur l'estomac ; par degrés, elle

revint à elle, se leva, causa. Alors les vieilles femmes me dirent :

« – Monsieur, voyez ! voilà le moment où elle peut secourir notre malade. »

Elles lui dirent un mot ; elle se fit donner un siège vis-à-vis la paralytique et la magnétisa un gros quart d'heure ; mais la chose ne réussissait pas. Alors elle lui prit tous les membres, lui secoua toutes les articulations, avec une adresse que n'aurait pas eue le plus habile garçon de l'Hôtel-Dieu. La paralytique criait, pleurait, souffrait ; enfin l'imagination exaltée opéra son effet, elle jura qu'elle se trouvait mieux et se mit à marcher de force et avec un bras. Tous les regardants furent dans l'admiration. Ma somnambule, que je suivais des yeux, se rajusta avec une espèce de coquetterie, ne fit qu'un saut sur l'appui de la croisée [fenêtre] et de là dans le jardin, où elle se mit à folâtrer et à couper des fleurs, comme une femme qui avait gagné sa journée. Plusieurs autres furent magnétisées, endormies, réveillées. J'en avais assez vu pour asseoir un jugement.

.../...

Nous partîmes pour Cheverny, et à peine arrivés, nous procédâmes avec le comte de Pilos à l'opération du baquet.../... Les boiteux, les paralytiques, les malades des deux bourgs furent invités ; comme l'opération était accompagnée de beaucoup de secours pécuniaires, il n'en manqua pas. La magnétisation et toutes les simagrées que nous avons vu faire, furent employées sans succès, sans obtenir le moindre effet. La simplicité des habitants de la campagne était bien plus sûre que l'astuce des habitants des villes ; aussi un mois après il n'en fut plus question².



Mais une mode était lancée et le somnambulisme, composante accessoire du magnétisme selon Mesmer, se trouva être ensuite la notion centrale des livres de Puységur. Il ne s'agissait plus de « mini chocs électriques », mais d'influence sur autrui ; la personne sous influence était nommée « somnambule » et on lui prêtait un ensemble confus de double vue, de présience, d'empathie, etc. Le désir invincible de croire et le dénuement de beaucoup face à des souffrances non diagnostiquées et non soulagées par les médecins, accrurent la notoriété et l'adhésion du grand public. Ainsi pendant plus de cinquante ans, aller consulter un somnambule fut un moyen d'éclairer le passé, l'avenir, d'élucider les mystères de la vie de ses proches, etc. mais aussi de diagnostic.

Nous en avons des témoignages littéraires variés. Balzac, ne choquait pas ses lecteurs en faisant du magnétisme et du sommeil somnambulique un ressort de son intrigue dans *La Muse du département* (1837) ou *Ursule Mirouet* (1841). Il y croyait autant qu'à la médecine car il écrivait au Docteur Chapelain, (14 avril 1832) en pleine épidémie de choléra : « Comment n'avez-vous pas encore cherché quelque somnambule bien lucide pour la mettre aux prises avec le fléau ! Notre science est intéressée à cela. Ce serait notre honneur éternel. » Toutefois, un scrupule le retient encore : « Si je n'étais depuis huit jours au lit .../... j'aurais .../... cherché une somnambule et tâché de me convaincre du néant ou de la puissance de notre découverte afin de savoir si elle est bornée ou infinie ». Plus tard, (14 juin 1833) au même médecin : « J'ai l'honneur de vous prier de nous consacrer une consultation de votre somnambule pour lundi prochain, 24 courant. » À Jules Sandeau, (30 juillet 1835) « Je ne sais comment, après des certitudes aussi grandes sur la puissance magnétique, vous n'amenez pas votre sœur à Paris qui aurait un bel appartement sain .../...et des somnambules qui guideraient les médecins.⁴»

Dans le Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales, (Dir. Andral et Adelon), tome XVIII de 1838, le Docteur Cameil, à l'entrée [Magnétisme animal] (texte de vingt-six pages) conclut sur notre sujet après la transition suivantes : « L'on ne peut douter que le magnétisme n'ait produit des milliers de somnambules. ».../...

| Que l'on implore l'assistance du magnétisme

pour calmer des douleurs, exciter une abondante transpiration, ranimer la chaleur d'une partie habituellement froide, que l'on mette en jeu l'imagination pour exciter, à l'aide d'une herbe insignifiante, le flux menstruel, un certain nombre d'efforts critiques [comprendre constipation], à la rigueur l'on pardonne cette prédilection pour la médecine des attouchements ; mais l'on ne saurait trop conseiller aux personnes qui conservent un reste de bon sens de ne jamais suivre au hasard la médication qui leur est tracée par une femme ignorante, un villageois qui n'a jamais rien connu ni appris. En somme, si jamais le magnétisme est de quelque utilité pour le traitement des maladies, ce ne sera qu'à la condition qu'il sera constamment surveillé dans son administration par des hommes véritablement initiés dans l'art de guérir.



Et cela nous amène à la responsabilité médicale, lors du grand Congrès médical national de 1845, dont une session portait sur l'exercice illégal :

– M. Jean-Jacques Beau, de Paris, prie la Commission de lui dire si elle comprend dans son article [sur l'exercice illégal] les médecins qui, pratiquant le magnétisme animal, consultent des somnambules dont ils connaissent la clairvoyance, et ne signent les ordonnances qu'après s'être assurés qu'elles ne contiennent rien qui puisse nuire aux malades.

– M. le Rapporteur répond que, dans la pensée de la Commission, la proposition ne pouvait avoir d'autre but que celui-là.

– M. le docteur Beau fait remarquer que c'est alors décider que le magnétisme animal n'existe pas et que ceux qui l'exercent sont des charlatans. Il ne croit pas que, quelque instruite que soit cette assemblée, elle puisse se prononcer sur une pareille question. ➡

– M. le Rapporteur, répondant au préopinant, fait remarquer qu'il n'est pas question si le somnambulisme est une vérité ou un mensonge. Il s'agit uniquement de savoir s'il y a ou non exercice illégal de la médecine. La Commission pense affirmativement : si le médecin était lui-même somnambule, il signerait ses ordonnances, et la légalité serait complète.

Du magma de théories, sortit notre actuelle hypnose, lentement, après 1850. Et pour finir sur une note légère, lisez *Les Copains*, de Jules Romain (1913) qui débute par la consultation d'une somnambule et comporte des canulars réjouissants qui pourraient avoir été ceux de carabins.

¹ Thuillier J., *Franz Anton Mesmer ou l'extase magnétique*, Robert Laffont éd., Paris, 1988, 319 pages. La thèse de Mesmer s'intitulait déjà : *Dissertatio Physico-medica de planetarum influxu*. Dans le Dictionnaire encyclopédique

des sciences médicales, de Dechambre (cent tomes), dans le tome 59 (1873), l'entrée [Mesmérisme] compte encore 85 pages. Les réévaluations ont été nombreuses, ainsi : Méheust B., *Somnambulisme & médiumnité* – Institut Synthélabo, collection « Les empêcheurs de penser en rond », Le Plessis-Robinson, 1998, 2 tomes 620 et 598 pages. Comparato G., *L'homme, les fluides et la vie. Physique, médecine et universalisme au cœur des années Mesmer. Histoire*. 2010. [dumas-00539158](#) ; Belhoste B., *Franz Anton Mesmer ; le magnétiseur des Lumières*, Armand Colin éd., 2024, 456 pages.

² Jean-Nicolas Dufort de Cheverny, *Mémoires sur les règnes de Louis XV et Louis XVI et sur la Révolution*. Tome 2, publ. avec une introd. et des notes par Robert de Crèvecœur. Plon éd., Paris, 1886, p. 2-7. (disponible sur le site Gallica)

³ Puységur, Amand Marc Jacques de Chastenot de, *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal, 1784 ; Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état de somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique, 1811 ; etc.*

⁴ Dr Bonnet-Roy, Balzac, *les médecins, la médecine et la science*, Horizons de France éd., Paris, 1944, 200 pages, p. 100-111.



LE CDOM 35, LORS DE SA SEANCE PLENIERE DE DECEMBRE 2025 A REMIS SON PRIX DE THESE 2025 À

CHARLÈNE GUILLAS

pour sa thèse intitulée :

Impact de la désertification médicale sur la santé mentale des médecins généralistes : ressenti des praticiens morbihannais



La micronutrition et la médecine intégrative

La Section Santé Publique du Conseil national apporte quelques précisions sur la micronutrition et la médecine intégrative.

► **Sur la pratique dite de « micronutrition »**, dont l'usage se développe dans certains cabinets médicaux, ainsi que sur les implications juridiques et déontologiques qui en découlent.

La micronutrition consiste à administrer des micronutriments tels que des vitamines, des minéraux et des oligoéléments dans le but d'améliorer la santé ou de prévenir certaines pathologies. À ce jour, cette pratique n'est pas validée par les données acquises de la science. Les diplômes universitaires existants ne confèrent pas une compétence officiellement reconnue en nutrition médicale, ce qui signifie que la micronutrition ne bénéficie d'aucune validation scientifique officielle.

Il est important de rappeler que le Code de la santé publique impose aux médecins de fonder leurs prescriptions sur des données scientifiques validées. Les articles R. 4127-32 et suivants rappellent que le médecin doit exercer son art avec prudence et conformément aux connaissances médicales établies.

L'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) a alerté sur la toxicité potentielle de certains compléments alimentaires, notamment en cas de surdosage de vitamines liposolubles (A, D, E, K) ou de minéraux comme le sélénium. La supplémentation systématique sans indication biologique est contraire aux recommandations officielles et peut exposer les patients à des risques graves.

Par ailleurs, des dérives commerciales ou sectaires ont été signalées par la MIVILUDES dans le cadre de certaines pratiques dites « alternatives ».

Ainsi, les médecins qui pratiquent la micronutrition s'exposent à plusieurs risques :

- Sur le plan déontologique, ils doivent informer le patient du caractère non reconnu de la pratique et s'abstenir de la présenter comme thérapeutique.
- Sur le plan assurantiel, la couverture professionnelle peut être refusée en cas de sinistre lié à une pratique hors cadre scientifique.
- Sur le plan disciplinaire, des sanctions ordinales telles qu'un avertissement, un blâme ou une suspension peuvent être prononcées.
- Sur le plan civil, la responsabilité du médecin peut être engagée en cas de dommage, notamment en cas de toxicité ou d'interactions médicamenteuses.

Il est recommandé de limiter la micronutrition à un rôle complémentaire, fondé sur des bilans biologiques

validés, et d'éviter toute allégation thérapeutique non prouvée. Le caractère non reconnu de la pratique doit être mentionné dans le dossier médical, et un consentement éclairé spécifique doit être recueilli. Enfin, les médecins doivent se référer aux recommandations officielles de la HAS et de l'ANSES, ainsi qu'aux diplômes validés en nutrition.

► Sur la médecine intégrative

La médecine intégrative est une combinaison coordonnée et ancrée dans la science des traitements conventionnels et des médecines complémentaires. Elle se concentre sur la prévention et le maintien de la santé.

Elle offre aux patients une approche thérapeutique globale, centrée sur l'ensemble de la personne et son projet de soins. Elle met ainsi les patients au centre de leur projet de santé, et les encourage à s'impliquer activement dans leurs soins.

Cette pratique n'est ni reconnue au plan scientifique par la médecine conventionnelle, ni enseignée au cours de la formation initiale des professionnels de santé.

Il ne s'agit pas d'une « spécialité » médicale mais d'une orientation thérapeutique, ainsi la pratique exclusive par un médecin de médecines dites complémentaires est interdite. Par ailleurs, il ne peut pas en faire état sur leur plaque et ordonnance, car il ne s'agit pas d'un titre complémentaire reconnu.

Le risque de ce genre de pratique est le détournement des patients de la médecine conventionnelle au profit de pratiques non éprouvées scientifiquement et pouvant engendrer une perte de chance considérable dans leur prise en charge.

Le médecin peut mettre en danger ses patients :

- lorsqu'il donne des soins non validés scientifiquement et ne pouvant pas être regardés comme conformes aux données acquises de la science ;
- lorsqu'il propose cette pratique en remplacement de la médecine conventionnelle.

Il est important de rappeler :

- Le médecin s'engage à assurer au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science (article R.4127-32 du Code de la santé publique).
- L'article R.4127-70 du Code de la santé publique interdit au médecin d'entreprendre des soins ou de formuler des prescriptions qui dépasseraient ses connaissances, ses références ou les moyens dont il dispose.

Si la chronique précédente avait permis d'évoquer plusieurs décisions rendues en matière de responsabilité disciplinaire ordinale, cette nouvelle livraison est l'occasion de rapporter quelques décisions relatives à des questions de pratique médicale quotidienne. Elle revient également sur la question de la transfusion des personnes appartenant à la communauté des Témoins de Jéhovah, au sujet de laquelle le Conseil d'Etat a précisé sa jurisprudence dans un arrêt important du 27 novembre 2025. Elle aborde enfin la question des avis négatifs postés par les patients sur le site Google My Business.

OUBLI DE COMPRESSE ET RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN (CA ROUEN, 10 SEPT. 2025, N° 2100008)

Dans cette décision, la cour d'appel de Rouen, après avoir écarté la faute individuelle de l'infirmière salariée de la clinique dans le décompte des compresses, impute l'oubli d'une compresse *in corpore* à l'issue de l'intervention à la faute du chirurgien orthopédiste libéral. La cour énonce que s'il appartient au salarié de l'établissement de soins de vérifier que le nombre de compresses est le même en début et en fin d'intervention, il incombe également au chirurgien de s'assurer de la réalisation de ce contrôle exhaustif, même par une interrogation verbale du personnel de la clinique mis à sa disposition.

PRÉSENCE EFFECTIVE DU MÉDECIN ANESTHÉSISTE AU BLOC OPÉRATOIRE (CIV. 1RE, 15 OCT. 2025, N° 24-16.873)

Dans cet arrêt largement commenté par nos confrères anesthésistes, la Cour de cassation vient préciser sa lecture de l'article R. 4311-12 du code de la santé publique, selon lequel l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment. L'affaire portait sur la rupture par une clinique du contrat d'exercice libéral d'un anesthésiste pour motifs graves. La clinique considérait que la pratique consistant pour le médecin à prendre en charge simultanément trois patients, l'un en consultation préopératoire et les deux autres sous la surveillance de deux IADE au bloc opératoire où il n'était pas physiquement présent, était contraire aux dispositions réglementaires. Le praticien contestait cette analyse, estimant que la présence « sur le site » n'impliquait pas nécessairement la présence physique au bloc opératoire. La cour ne suit pas ce raisonnement et considère que lorsque des actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle sont réalisés par des IADE, l'anesthésiste doit être dans le bloc opératoire et non dans les étages de l'établissement ou en consultation afin de pouvoir se libérer immédiatement pour faire face à une urgence vitale lors d'une intervention.

ATTESTATION MENSONGÈRE D'UNE VACCINATION OBLIGATOIRE (CRIM., 28 OCT. 2025, N° 25-82.617)

La Cour de cassation confirme la condamnation pour mise en danger de la vie d'autrui à quatre mois d'emprisonnement avec sursis ainsi qu'à une interdiction définitive d'exercer la médecine d'un médecin qui avait porté sur le carnet de santé la mention mensongère d'une vaccination obligatoire. La haute juridiction judiciaire considère qu'en attestant mensongèrement d'une injection à laquelle il n'avait pas procédé de manière effective, le médecin a méconnu de manière manifestement délibérée l'obligation particulière de prudence et de sécurité imposée par l'article L. 3111-5 du code de la santé publique.

La question de la transfusion sanguine chez les Témoins de Jéhovah donne lieu à une jurisprudence rare mais toujours remarquée du Conseil d'Etat depuis son arrêt d'Assemblée *Senanayake* du 26 octobre 2001 et son ordonnance *Feuillatey* du 16 août 2002, alors que le refus de soin a été consacré comme un droit de l'usager du système de santé depuis la loi du 4 mars 2002 (art. L.1111-4 CSP). Dans cette affaire, une patiente témoin de Jéhovah devant subir une cholécystectomie avait signifié à l'établissement de santé son opposition à toute transfusion avant son admission, elle avait communiqué des directives anticipées en ce sens et en avait informé oralement son chirurgien. Un accord avait été trouvé sur une transfusion autologue en cas de besoin. La survenue d'une plaie vasculaire durant l'intervention a justifié la réalisation d'une transfusion autologue qui s'est révélée insuffisante, puis d'une première transfusion au bloc opératoire et d'une deuxième en réanimation. A son réveil, la patiente en a été informée et elle a renouvelé son opposition à toute transfusion. La survenue d'une souffrance myocardique et d'une détresse respiratoire en lien avec une anémie sévère a conduit les médecins à induire une sédation pour procéder à une troisième transfusion à son insu, dont elle n'a été informée qu'après avoir eu accès à son dossier médical.

S'agissant des deux premières transfusions le Conseil d'Etat a considéré, selon sa jurisprudence habituelle, qu'elles étaient indispensables à la survie de la requérante et proportionnées à son état. Bien que ne respectant pas les termes de ses directives orales et écrites, elles ne constituaient pas une faute du service public hospitalier. Pour exclure la faute, le juge administratif relève que l'intervention présentait un caractère ordinaire, que la patiente n'était pas personnellement exposée à un risque hémorragique et qu'elle n'avait pas été informée du risque de plaie de l'artère iliaque. Ce contexte ne lui permettait donc pas d'envisager la réalisation d'un risque mortel imposant une transfusion en urgence.

S'agissant de la troisième transfusion, elle est qualifiée de fautive « alors même qu'elle visait à sauver la vie d'une patiente se trouvant dans une situation d'urgence vitale », dans la mesure où la patiente, selon le Conseil d'Etat, « avait recouvré sa conscience, qu'elle avait été informée de manière circonstanciée du fait que le refus d'une nouvelle transfusion l'exposait à un risque de décès à court terme en raison d'une anémie sévère et de l'échec d'un traitement alternatif, et qu'elle avait néanmoins redit, à plusieurs reprises, son refus de toute transfusion aux médecins, le caractère catégorique de ce refus ayant d'ailleurs conduit ces derniers à la placer sous sédation pour l'empêcher de s'opposer à cet acte médical ».

SUPPRESSION D'UNE FICHE GOOGLE MY BUSINESS (CA CHAMBÉRY, 22 MAI 2025, N° 22/01814)

La cour d'appel de Chambéry confirme, dans un arrêt du 22 mai 2025, la décision ayant condamné les sociétés Google LLC et Google Ireland Limited à supprimer la fiche Google My Business (GMB) d'un chirurgien-dentiste comportant son nom et son adresse professionnelle, sa spécialité, une géolocalisation sur Google Maps ainsi que des avis de patients, anonymes et non vérifiés. La cour relève l'absence de déclaration préalable au traitement de données à caractère personnel, le non-respect de l'obligation de fournir une information à la personne concernée et l'illicéité du traitement de données à caractère personnel réalisé via la fiche GMB. La cour écarte par ailleurs l'argument du droit à l'information du public invoqué par Google, qui ne présente pas un caractère suffisamment impérieux pour primer sur la protection des données personnelles, et du fait de l'absence de vérification de la qualité et de la sincérité des avis.

renaud.bouvet@chu-rennes.fr



MISE SOUS OBJECTIF ET MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE

par le Dr Bruno GUIAS

Extraits de son intervention lors de l'A.G. du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du samedi 4 Octobre 2025

La procédure de Mise Sous Objectif (MSO) ou de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) constitue la dernière étape d'une série d'actions d'accompagnement graduées adaptée au profil de médecins forts prescripteurs d'arrêt de travail. Ainsi ces procédures avant d'être mises en œuvre sont notamment précédées d'entretiens d'accompagnement et d'entretiens d'alerte.

1. LES PRATICIENS CONCERNÉS

Les médecins concernés sont uniquement ceux qui maintiennent un niveau de prescription très élevé par rapport à leurs confrères de la même région, à patientèle et territoire d'exercice comparables, alors qu'il leur avait préalablement été proposé, au cours des vingt-quatre derniers mois, d'être accompagnés par l'Assurance-maladie pour les aider dans leur pratique ou qu'ils avaient déjà fait l'objet d'une procédure de MSO-MSAP lors d'une campagne de MSO-MSAP antérieure.

La méthode permettant d'identifier les médecins ayant un niveau élevé de prescription a été présentée le 11 juin 2025 « à l'ensemble des représentants de la profession », lors du lancement du dispositif MSO-MSAP 2025-2026.

- Il ne s'agit plus d'une comparaison entre communes identiques de la région, mais d'un maillage territorial plus fin, avec un découpage des communes en quartiers de 2000 à 5000 habitants.
- Il existe un regroupement des quartiers en fonction de critères socio-économiques comportant entre autre la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans et celle des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

Chaque médecin est ainsi comparé aux praticiens qui exercent au sein de territoires présentant le même niveau de fragilité socio-économique et avec une offre médicale disponible proche.

2. LA MISE SOUS OBJECTIFS (MSO)

Elle débute par une prise de contact avec les Conseils départementaux, pour informer les Présidents départementaux du déroulement de la campagne.

Le Président de la Section Professionnelle sera aussi tenu au courant tout au long du déroulement de la procédure.

Le déroulé de la Mise Sous Objectif :

- Elle commence par un entretien téléphonique, qui a pour but d'informer au préalable le médecin de l'envoi dans un futur proche d'un courrier de lancement de la procédure de MSO. Ce contact ne constitue pas un échange pour envisager une baisse des prescriptions d'indemnités journalières. Il permet de présenter la démarche. Cet échange est réalisé par le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend le praticien, ou selon d'autres modalités souhaitées par le Directeur de la Caisse et le Médecin Conseil Chef de la Direction Médicale. Si le médecin annonce lors de l'échange téléphonique qu'il refuse la MSO, il est nécessaire de disposer d'un écrit de ce dernier attestant de son refus pour engager par la suite la procédure de MSAP.
- Le déclenchement de la procédure de MSO par courrier intervient ensuite.
- Il y fait suite une phase contradictoire où le médecin a un mois pour faire valoir ses observations écrites ou demander à être entendu. Il s'agit d'un entretien avec le Directeur de la CPAM et le Médecin Chef de la Direction Médicale du département dont dépend le praticien mis sous MSO.

- Un objectif de diminution du nombre d'indemnités journalières par patient actif est fixé. Cet objectif tient compte, du niveau de départ de prescriptions d'arrêts de travail, du contexte dans lequel exerce le médecin, des particularités de l'exercice du praticien.
- En parallèle, un Praticien Conseil Référent (PCR) est désigné pour accompagner le praticien sous MSO.
- A terme, dans un délai maximum de 6 mois suivant la fin de la période fixée pour réaliser l'objectif, le Directeur de la CPAM, notifie au médecin le bilan définitif sur l'atteinte ou non de son objectif.

Le Praticien Conseil Référent est chargé d'un suivi de l'évolution des pratiques du médecin sous MSO et de rédiger un bilan d'étape à mi-parcours de cette procédure. Il a un rôle de conseil tout au long de la MSO. Il est demandé qu'une prise de contact initiale soit effectuée par téléphone entre le PCR et le médecin sous MSO. Après trois mois de MSO, le PCR doit procéder à l'étude globale du dossier et solliciter un entretien avec le praticien, soit téléphonique, soit et de préférence, en présentiel. Ce Praticien Conseil Référent s'appuiera sur les types de pathologies les plus fréquemment rencontrés et les disparités constatées par rapport notamment aux référentiels de prescriptions disponibles sur ameli.fr. Il s'agit d'un accompagnement renforcé » ou de « suivi » sur les IJ et non d'une procédure de contrôle. Le prescripteur pourra, s'il le souhaite, s'appuyer sur les outils de l'Assurance Maladie pour contribuer à faire évoluer sa pratique (accès facilité aux référentiels, mémo spécifiques sur certaines pathologies comme la santé mentale, possibilité d'évoquer des cas patients avec la médecine du travail et/ou avec la Direction Médicale).

3. LA MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE (MSAP)

La mise sous accord préalable est mise en œuvre dans le cas d'un refus de MSO.

Le code de la sécurité sociale prévoit que la durée de la MSAP ne doit pas excéder 6 mois.

Après l'envoi de la notification de MSAP, le Directeur de la CPAM et le Médecin Conseil Chef de Service adressent un courrier qui désigne le Praticien Conseil Référent et décrit les modalités pratiques de déroulement des contrôles. Le Praticien Conseil Référent est chargé d'un suivi du médecin pendant toute la procédure.

La procédure de MSAP a pour conséquence de suspendre le versement des indemnités journalières tant que la décision du service médical n'a pas été rendu à la caisse.

En conséquence, il revient au service du contrôle médical d'émettre une décision sur les prescriptions d'arrêt de travail établies par le médecin prescripteur sous MSAP.

POUR CONCLURE

Les procédures de MSO et MSAP font suite à un accompagnement gradué concernant les médecins forts prescripteurs d'arrêt de travail. Dans le cadre de ces procédures les médecins sont accompagnés par un Praticien Conseil Référent.

Concernant les arrêts de travail de longue durée, une collaboration entre le Praticien Conseil, le Médecin Traitant et le Médecin du Travail, on parle de triangle solidaire, est importante pour éviter la désinsertion professionnelle.

En effet les arrêts de longue durée ne sont pas sans conséquences pour les patients et la difficulté à reprendre une activité professionnelle après six mois d'arrêts est une réalité bien connue.

Discussion "polémique" complémentaire du rédacteur en chef... :

Si le médecin contraint par une MSO ou une MSAP se fait remplacer, le médecin remplaçant a les mêmes obligations à tenir.

Certains syndicats prétendent encore que le crible de caractérisation des patientèles ne leur apparaît pas comme clairement défini.

LES MOUVEMENTS DU TABLEAU

INSCRIPTIONS

| | | |
|------------------------|---|-------------------------------------|
| Dr Karine ALLAIN-BACO | MEDECINE GENERALE | Salariée HAD 35 RENNES |
| Dr Sonia BARNI | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Emmanuelle BOICHON | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Zoé BOUEDO | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Adeline CAILLAUD | MEDECINE GENERALE | Hôpital Broussais ST MALO |
| Dr Pierre CARO | ANESTHESIE-REA. option REA. PEDIATRIQUE | Fait des remplacements |
| Dr Christelle CHARLOUX | PNEUMOLOGIE | Salariée CDS ST JACQUES DE LA LANDE |
| Dr Elisabeth CONFAIS | NEUROLOGIE | Hôpital Broussais ST MALO |
| Dr Julie HORRUT | MEDECINE GENERALE | Salariée CHRS ASFAD RENNES |
| Dr Claire JAHIER | MEDECINE GENERALE | Salariée Service médical 35 RENNES |
| Dr Gholam JESHARI | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE | CH REDON |
| Dr Henri LEROY | ANESTHESIE-REANIMATION | Médecin retraité |
| Dr Chantal MESCOFF | MEDECINE GENERALE | Médecin retraité |
| Dr Agnès RACLE | MEDECINE GENERALE | Sans activité |

TRANSFERTS

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Dr Emissia ALSABBAGH | Finistère |
| Dr Antoine Mircea-Mugurel BICHIS | Alpes-Maritimes |
| Dr Servane BLAY | Côtes d'Armor |
| Dr Anne BRUNETEAU | Deux-Sèvres |
| Dr Constance CLERC | Guadeloupe |
| Dr Anne-Florence DUQUENOY | Hauts de Seine |
| Dr Thomas LUTIER | Côtes d'Armor |
| Dr Yannick MBAKI MAMPUYA | Pas-de-Calais |
| Dr José Ignacio ROCANOVA | Drôme |
| Dr Alain TREMELOT | Morbihan |
| Dr Clélia VANHAECKE | Morbihan |

DÉCÈS

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Dr Christine BRUNET | Décédée le 28/07/2025 (71 ans) |
| Dr Henri DURON | Décédé le 05/09/2025 (99 ans) |
| Dr Vera GRENIER-NICOLSKY | Décédée le 18/07/2025 (98 ans) |
| Dr Daniel HARAND | Décédé le 08/07/2025 (76 ans) |
| Dr Eric HOUBE | Décédé le 16/12/2024 (67 ans) |
| Dr Bernard-Edmond MADELAINE | Décédé le 14/08/2025 (92 ans) |
| Dr Renaud MESNARD | Décédé le 30/07/2025 (65 ans) |
| Dr Alain ROSSIGNOL | Décédé le 28/06/2025 (82 ans) |
| Dr Rene ZAMBAUX | Décédé le 06/08/2025 (99 ans) |

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Dr Brigitte BERNOUX-MANAT | RHUMATOLOGIE |
| Dr Eugène ERMESSANT | MEDECINE GENERALE |
| Dr Sylviane JEULAND | MEDECINE DU TRAVAIL |
| Dr Claire LE GALL | DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE |
| Dr Jean-Marc LIEGAUX | PNEUMOLOGIE |
| Dr Fabrice MARTINE | MEDECINE DU TRAVAIL |
| Dr Hélène OLIVET | NEUROLOGIE |
| Dr Jean-Pierre ROBERT | MEDECINE GENERALE |
| Dr Najat ROY | MEDECIN GENERALISTE NON QUALIFIE |
| Dr Patrice VATTIER | MEDECINE GENERALE |

INSTALLATIONS

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|------------|
| Dr Miguel ROSINET | MEDECINE GENERALE | VITRE | 01/10/2025 |
| Dr Maxime FOUCHARD | DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE | ST-GREGOIRE | 01/09/2025 |
| Dr Sepideh MOINI | MEDECINE NUCLEAIRE | ST-GREGOIRE | 02/09/2024 |
| Dr Juliette GEORGE | MEDECINE GENERALE | RENNES | 15/09/2025 |
| Dr Noémie SERVASIER | MEDECINE GENERALE | PACE | 01/09/2025 |
| Dr Vincent COLLET | MEDECINE GENERALE | VITRE | 06/10/2025 |
| Dr Noémie LE TALLEC-ESTEVE | ENDO., DIABETE, MAL. METABOL. | ST-GREGOIRE | 01/10/2025 |
| Dr Jeanne LEMERRE-POINCLOUX | RADIOIAG. ET IMAGERIE MED. | RENNES | 01/09/2025 |
| Dr Adeline CADIOU | MEDECINE GENERALE | SAINT-MEEN-LE-GRAND | 07/07/2025 |

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|---------------------|------------|
| Dr Pierre MARGUERIE | MEDECINE GENERALE | SAINT-MEEN-LE-GRAND | 08/08/2025 |
| Dr Inès-Lou ZAS | BIOLOGIE MED. OPT. BIOL.GEN. | RENNES | 02/06/2025 |
| Dr Antoine LOISEL | MEDECINE GENERALE | RENNES | 08/09/2025 |
| Dr Laura BRETECHE | MEDECINE GENERALE | RENNES | 01/09/2025 |
| Dr Bertrand YUMA | MEDECINE GENERALE | ST MALO | 01/10/2025 |
| Dr Anne Marie DESMONTILS | MEDECINE GENERALE | RENNES | 08/09/2025 |
| Dr Amandine PESTY | PEDIATRIE | LECOUSSE | 01/10/2025 |
| Dr Edouard GRISLAIN | MEDECINE VASCULAIRE | RENNES | 03/11/2025 |
| Dr Camille DE KERMENGUY | MEDECINE VASCULAIRE | RENNES | 03/11/2025 |
| Dr Audrey PROUHEZE | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | ST-GREGOIRE | 01/10/2025 |

INSCRIPTIONS

| | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Dr Camille BEAUGRAND | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Jenna BOSSE | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Morgane LEMARCHAND | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Anne-Judith MOULIN | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Tom VARIN | MEDECINE GENERALE | Installation libérale CHP ST GREGOIRE | |
| Dr Alessia FASSARI | CHIRURGIE GENERALE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Razi ABDELWAHAB | PEDIATRIE | HOPITAL SUD RENNES | |
| Dr Sandra AUDOIN | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Pierre ALLAUME | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOG. | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Philippine BABIN | NEPHROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Alia BAKKOUR | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | | Salarié PST 35 |
| Dr Logane BARBEAU | PSYCHIATRIE | | CHGR RENNES |
| Dr Claire BELLEC | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Sophie BERTHO | ENDOC. -DIABET. - NUTRI. FST MED. ET BIOL. | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Thomas BEUCHARD | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Alice BISSON | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Léa BONNEAU | PEDIATRIE option NEUROPEDIATRIE | HOPITAL SUD RENNES | |
| Dr Pauline BOUE | PSYCHIATRIE | | CHGR RENNES |
| Dr Jeanne BOUILLAND | MEDECINE D'URGENCE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Corentin BOURG | MED. CARDIOV. Option IMAGERIE CARDIOV. D'EXP. | | Fait des remplacements |
| Dr Thomas BOURRE | OPHTALMOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Jean BRERO | MEDECINE VASCULAIRE | CH ST-BRIEUC / CHU RENNES | |
| Dr Arthur BROSSARD | PSYCHIATRIE | | Collaborateur libéral RENNES |
| Dr Théophile CHALVIN | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Mathilde CHAPUIS | UROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Claire-Marie CHATELIER | GERIATRIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Marin CHAUVEL | OTO-RHINO-LAR. CHIR. CERVICO-FACIALE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Oriane CIRADE | PEDIATRIE | CHU RENNES / CLINIQUE FSEF RENNES | |
| Dr Victoria CIROEANU | PSYCHIATRIE | | Fait des remplacements |
| Dr Teddy COSTE | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Audrey COUTURIER | HEMATOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Arnaud COUTY | PSYCHIATRIE | | Fait des remplacements |
| Dr Camille DAUPTAIN | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | | Salariée PST 35 |
| Dr Ingrid DEVAUD | MED. GEN. FST MEDECINE HOSPITALIERE ET POLYV. | | Fait des remplacements |
| Dr Camille DUCHESNE | CHIRURGIE PEDIATRIQUE | | Fait des remplacements |
| Dr Maxime DUVARZ ZURFLUH | PEDIATRIE | | Sans activité pour convenances personnelles |
| Dr Charles DZIEZAK | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Xavier FABLET | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MED. | PONTCHAILLOU / CH ST BRIEUC | |
| Dr Lucie FARRADECHE | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Alexis FILY | CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE | CHU RENNES / CH VITRE | |
| Dr Raphaël FLEURY | UROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Guillaume FREMONT | MED. GENERALE fst MEDECINE DU SPORT | RENNES / CH PONTIVY | |
| Dr Cécile FURIC MEDECINE | LEGALE ET EXPERTISE MEDICALE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Anthony GABRIEL | ANESTHESIE-REANIMATION | | Fait des remplacements |
| Dr Pierre GERVAIS | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Mareva GESLIN | SANTE PUBLIQUE | | Fait des remplacements salariés |
| Dr Antoine GORRIZ | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Louise GOUVRION | DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE | | Fait des remplacements |
| Dr Anna GUEHO | PSYCHIATRIE | | CHGR RENNES |
| Dr Sonia GUERIN | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | HOPITAL SUD RENNES | |
| Dr Clotilde GUIBERT | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Marie HODOUIN | ALLERGOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Emilie HOERNER | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Marion HUBER | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Maud INJEYAN | REANIMATION PEDIATRIQUE | HOPITAL SUD RENNES | |
| Dr Mathieu KERNEN | MEDECINE GENERALE | | Fait des remplacements |
| Dr Jeanne LE BARS | NEUROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Alexia LE CORRE | MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES | |
| Dr Marie LE PODER | PSYCHIATRIE | | CHGR RENNES |

| | | |
|--------------------------|--|------------------------------------|
| Dr Marguerite LEFEUVRE | DERMATOL. ET VENER. | PONTCHAILLOU RENNES / CH ST BRIEUC |
| Dr Mona LEROUX | PEDIATRIE | HOPITAL SUD RENNES |
| Dr Octave LETISSIER | ONCOLOGIE option ONCOLOGIE MEDICALE | Salarié C.E.M. RENNES |
| Dr Virgile LOUVEL | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Anne-Charlotte LUCAS | PSYCHIATRIE | CHGR RENNES |
| Dr Florent MALARD | ANESTHESIE-REANIMATION | Fait des remplacements |
| Dr Jalel MALEK HAMZA | PEDIATRIE | Salarié PMI RENNES |
| Dr Paul MALINGE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Thomas MARC MEDECINE | CARDIOV. option RYTHMOL. INTERVENT... | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Benjamin MARUT | MEDECINE CARDIOVASCULAIRE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Vincent MARY | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Salarié C.E.M. RENNES |
| Dr Eva MAZER | PSYCHIATRIE option PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET... | CHGR RENNES |
| Dr Marion MERCIER | GYNECOLOGIE MEDICALE FST FOETOPATHOLOGIE | HOPITAL SUD RENNES |
| Dr Marion MESLIN | NEPHROLOGIE | Fait des remplacements salariés |
| Dr Solène MONTEMBault | GERIATRIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Virgile MOULIN | PSYCHIATRIE | Fait des remplacements |
| Dr Remi-Toan NGUYEN | MEDECINE GENERALE | Salarié CDS Kersanté RENNES |
| Dr Gwenn OLLIVIER | MEDECINE D'URGENCE | Fait des remplacements |
| Dr Laure OULD ELHOCINE | PSYCHIATRIE | PHC CHGR RENNES |
| Dr Tom PAILLARD | MEDECINE D'URGENCE | Fait des remplacements |
| Dr Léo PAILLOUX | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Solène PAINCHAUD | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPT. | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Nicolas PATOU PARVEDY | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Marie-Liesse PATY | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE | Salariée C.E.M. RENNES |
| Dr Clémence PIERRE | PNEUMOLOGIE fst CANCEROL. : TRAITEM. | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Kieran PINCEAUX | MEDECINE INTENSIVE REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Maxime RABY | DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Jules RAUTENSTRAUCH | MEDECINE D'URGENCE | Fait des remplacements |
| Dr Emilien RAYON | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Felix RIBET | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | PONTCHAILLOU / CH BRIEUC |
| Dr Jade ROBERT | MEDECINE NUCLEAIRE | Salariée C.E.M. RENNES |
| Dr Pauline ROLLAND | MEDECINE D'URGENCE | Fait des remplacements |
| Dr Adrien ROSSETTI | CHIR. ORTHO. ET TRAUMA. fst CHIR. DE LA MAIN | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Léa ROUX | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | CHU RENNES |
| Dr Yves SAHLER | NEUROCHIRURGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Yasmine SEMAOUI | MEDECINE VASCULAIRE | CHU RENNES / CHU STBRIEUC |
| Dr Anne-Laure TALINEAU | MEDECINE GENERALE | Installation libérale MAEN ROCH |
| Dr Gwenole TANGUY | OTO-RHINO-LARINGO. CHIR.CERVICO-FACIALE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Marie THAON | MEDECINE D'URGENCE | Fait des remplacements |
| Dr Gérard TIM | MEDECINE GENERALE fst MALADIES ALLERGIQUES | Fait des remplacements |
| Dr Clémence TRIHAN | HEPATO-GASTRO-ENTER. fst CANCEROLOGIE : TRAIT... | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Alexandre TRONCHOT | CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Lydie URO | MEDECINE D'URGENCE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Clémence VIGUIER | RHUMATOLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Marie-Alice YANNI | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | HOPITAL SUD RENNES |
| Dr François ZIMMERMANN | MEDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE | PONTCHAILLOU RENNES |

MÉDECINS VENANT D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

| | | |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Dr Maud ALGLAVE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Clément BAUMGARTEN | NEUROCHIRURGIE | Installation libérale RENNES |
| Dr Louise BOUVIER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Marie CALIBRE | MEDECINE GENERALE | Salariée EHPAD KORIAN DINARD |
| Dr Anne HUGUET | PSYCHIATRIE | Salariée CMPP GASTON CHAISSAC RENNES |
| Dr Seloua LEMNIAI SAYEGRIH | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | Salariée RENNES METROPOLE RENNES |
| Dr Katell PELLETER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr François PROUST | NEUROLOGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Selma BENSEMMANE | NEUROLOGIE | CH VITRE |
| Dr Dany Hermann NGWANOU | PEDIATRIE | HOPITAL SUD RENNES |
| Dr Camélia ACATRINEI | MEDECINE CARDIOVASCULAIRE | PONTCHAILLOU RENNES |

TRANSFERTS

| | | |
|-------------------------------|--|--------------------|
| Dr Lucas ARMANGE | | Réunion |
| Dr Jérôme ANTONELLI | | Morbihan |
| Dr Vincent-Dozhwal BAGOT | | Landes |
| Dr Mireille BENIT | | Nord |
| Dr Beatrice BIBES | | Mayotte |
| Dr Julien BILA | | Morbihan |
| Dr Caroline BRINQUIN-QUEMERAS | | Calvados |
| Dr Simon DARRE | | Nouvelle Calédonie |
| Dr Daphné DEPRETZ | | Morbihan |
| Dr Marie DEVINEAU | | Côtes d'Armor |

Dr Mehdi EL AKRI
 Dr Marine LE LEVRIER
 Dr Ludovic LE QUESTEL
 Dr Isabelle LE ROUX
 Dr Clara MAURIES
 Dr Anne-Gaëlle MORIN
 Dr Pauline RENAUD
 Dr Clémence VANDERERVEN

Finistère
 Côtes d'Armor
 Côtes d'Armor
 Côtes d'Armor
 Nord
 Morbihan
 Manche
 Charente Maritime

DÉCÈS

Dr Jeanne BELLIARD Décédée le 03/10/2025 (95 ans)
 Dr Pierre LE BEUX Décédé le 24/09/2025 (81 ans)
 Dr Frédéric PORTE Décédé le 28/09/2025 (67 ans)

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

Dr Jacques BOULBIN ANESTHESIE-REANIMATION
 Dr Hervé CADIC MEDECINE GENERALE NON QUALIFIE
 Dr François PISTIEN PSYCHIATRIE
 Dr Philippe PROVOST MEDECINE GENERALE
 Dr Christine RIOU RHUMATOLOGIE

INSTALLATIONS

| | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|------------|
| Dr Smina BAHMED | MEDECINE GENERALE | GOVEN | 03/11/2025 |
| Dr Claire ROUAULT | MEDECINE GENERALE | CHATEAUNEUF-D'ILLE-ET-V. | 01/10/2025 |
| Dr Corentin LEFEBVRE | PNEUMOLOGIE | RENNES | 01/10/2025 |
| Dr Margaux DAUBRESSE | MEDECINE GENERALE | MONTAUBAN-DE-BRET. | 10/11/2025 |
| Dr Camille DEVAUX | MEDECINE GENERALE | JANZE | 01/09/2025 |
| Dr Julie IMIELSKI | MEDECINE GENERALE | JANZE | 11/11/2025 |
| Dr Marie-Caroline BREGAND | MEDECINE GENERALE | RENNES | 03/11/2025 |

INSCRIPTIONS

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Dr Magdalena ANTOSIK | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Camille AUGUSTO | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Marie BILGER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Cassandre BORNERT | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Edouard BOULAY | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Théophile BOYER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Margaux BRIOLET | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Lucile CLERO | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Anne DE LA FOURNIERE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Camille DESAIZE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Lucie DETEIX | MEDECINE GENERALE | Salariée Académie de Rennes |
| Dr Pauline DIVET | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Nicolas GAUTIER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Thibaut GODEY | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Matthieu HACQUES | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Valentine JOUBERT | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Guillaume LAWTON | MEDECINE D'URGENCE FST MEDECINE PALLIATIVE | Salarié HSTV RENNES |
| Dr Annaëlle LE DOZE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Alice LE GRAET | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Chloé LE MORVAN | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Julie LECERF | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Elodie MERIENNE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Armelle MOUSSET | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Naël OUGHEBBI | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Simon ROUSSEL | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Claire SAULNIER | MEDECINE GENERALE | Salariée Polyclinique St-Laurent RENNES |
| Dr Alice SCHOLLER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Wonnick SON | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Benjamin TAILLIEU | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Bertille TERNAT | MEDECINE GENERALE | CHU PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Victoria TRAPLETTI | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Nathan VUORINEN | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |

MÉDECINS VENANT D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

| | | |
|----------------------|---|---|
| Dr Jules ARGENTINI | OPHTALMOLOGIE | Installation libérale RENNES |
| Dr Javier ARIAS | MEDECINE GENERALE | CH REDON |
| Dr Thibault CHEDMAIL | OPHTALMOLOGIE | Installation libérale RENNES |
| Dr Gauthier CORRE | BIOLOG. MEDICALE OPTION MEDECINE MOLEC... | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Pascaline DELEUME | MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Aurélien DROUYER | GYNEC. MEDICALE FST CANCER... | Installation libérale BOURG DES COMPTES |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Dr Bénédicte FORCEVILLE | MEDECINE GENERALE | Salariée CDS ST-Héliier RENNES |
| Dr Bastien GOUGES | NEUROCHIRURGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Aymeric LE MIGNOT | MEDECINE D'URGENCE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Dan LEVY | MEDECINE GENERALE | Collaboration libérale ST MELOIR DES ONDES |
| Dr Romain LONGUET | PEDIATRIE | HOPITAL SUD RENNES |
| Dr Kelly LOPES | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Yoann MENUET | GERIATRIE | Hôpital Broussais ST MALO |
| Dr Charlotte NGUYEN VAN TU | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Inès PARDO | GERIATRIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Isabelle RACT | RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE | Fait des remplacements |
| Dr Chloé RAVOT | CHIR. PEDIATRIQUE OPTION ORTHO. PEDIATRIQUE | RENNES SUD RENNES |
| Dr Vincent SALMON | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Fait des remplacements |
| Dr Côme SESBOUE | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Installation libérale RENNES |
| Dr Hélène STAQUET | NEUROCHIRURGIE | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Cindy TANDA | MEDECINE GENERALE | Salariée CDS ST JACQUES DE LA LANDE |
| Dr Alice VABRE | SANTE PUBLIQUE | PONTCHAILLOU RENNES |

TRANSFERTS

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| Dr Tristan BEAUFILS | Charente-Maritime |
| Dr Rami BICHALI | Mayenne |
| Dr Elie BOUSTANY | Hauts-de-Seine |
| Dr Phillipe COLLIN | Ville de Paris |
| Dr Maëlle DELACOTE | Polynésie Française |
| Dr Gaëlle DRILLET | Morbihan |
| Dr Rozenn DE MEHERENC DE ST PIERRE | Seine-Saint-Denis |
| Dr Marion GAGNAIRE | Réunion |
| Dr Edouard GARROT | Haute Vienne |
| Dr Thomas HERBRETEAU | Finistère |
| Dr Jennifer LE GUEVELOU | Indre et Loire |
| Dr Tanguy LE MOINE | Morbihan |
| Dr Erwan LE TALLEC | Manche |
| Dr Nicolas MANCHON | Alpes-Maritimes |
| Dr Hana Ryma MOUELHI | Côtes d'Armor |
| Dr Pierre MUTUON | Seine-et-Marne |
| Dr Claire RICHARD | Côtes d'Armor |
| Dr Marie-Claire SALEM | Alpes-Maritimes |
| Dr Edouard SEGUINEAU | Polynésie Française |
| Dr Marion TURPIN | Val de Marne |
| Dr Chloé ZILIOX | Meurthe-et-Moselle |

DÉCÈS

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Dr Daniel CRENN | Décédé le 21/09/2025 (89 ans) |
| Dr Jean-Malo PRIGENT | Décédé le 29/10/2025 (91 ans) |
| Dr Claude SUBILEAU | Décédé le 01/11/2025 (82 ans) |

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Dr Eric DINTINGER | MEDECINE GENERALE |
| Dr Marie-Jeanne LE METAYER | MEDECINE GENERALE |
| Dr Catherine LETARD-MICHEL | MEDECINE GENERALE |

INSTALLATIONS

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|------------------------|------------|
| Dr Clémentine SOUCAT | MEDECINE GENERALE | NOYAL CHATILLON SUR S. | 01/12/2025 |
| Dr Clément BAUMGARTEN | NEUROCHIRURGIE | RENNES | 02/11/2025 |
| Dr Andréa ADIOGO | BIOLOGIE MEDICALE | RENNES | 06/01/2025 |
| Dr Tom VARIN | MEDECINE GENERALE | ST-GREGOIRE | 14/10/2025 |
| Dr Elodie DENIS LE BAGOUSSE | MEDECINE GENERALE | RENNES | 01/01/2025 |
| Dr Marie LEBRET | GYNECOLOGIE MEDICALE | BOURG-DES-COMPTES | 17/11/2025 |
| Dr Aurélien DROUYER | GYNECOLOGIE MEDICALE | BOURG-DES-COMPTES | 17/11/2025 |
| Dr Marie-Mathilde COLIN | PSYCHIATRIE | ST MALO | 01/12/2025 |
| Dr Jules ARGENTINI | OPHTALMOLOGIE | RENNES | 12/11/2025 |
| Dr Karine POUGET | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | REDON | 29/12/2025 |
| Dr Florence MERET | MEDECINE GENERALE | RENNES | 01/12/2025 |
| Dr Héloïse RAYNAL | MEDECINE GENERALE | CESSON-SEVIGNE | 01/01/2026 |

INSCRIPTIONS

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| Dr Lise BÉZIER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Loïc CAROF | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Elise DUVAL | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Valentin GRILLON | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Sandra JANVIER | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |

| | | |
|---------------------|---|------------------------|
| Dr Jérémy MARTINEAU | MEDECINE GENERALE FST MEDECINE DU SPORT | Fait des remplacements |
| Dr Clément MOURTADA | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Caroline RIBIERE | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |

MÉDECINS VENANT D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

| | | |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Dr Marion BERTHO | ONCOLOGIE OPTION MEDICALE | Salariée C.E.M. RENNES |
| Dr Oriane FONTAINE KESTELOOT | ANESTHESIE-REANIMATION | PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Solène JÉGO | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr André KERVAIRE | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Installation libérale RENNES |
| Dr Anne-Laure LE PAGE | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Installation libérale RENNES |
| Dr Etienne MAYAUD | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Clément RAVENEL | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Installation libérale SAINT-MALO |

TRANSFERTS

| | | |
|-------------------------|--|----------------------|
| Dr Salomé ALLICHON | | Morbihan |
| Dr Alice AMELOT | | Alpes-Maritimes |
| Dr Jacques BEAUVILLAIN | | Côtes d'Armor |
| Dr Gaspard BELOT | | Nouvelle-Calédonie |
| Dr Myriam BOUABDILLAH | | Manche |
| Dr Virginie BRUNOT | | Moselle |
| Dr Fanny CAMPAGNIE | | Var |
| Dr Juliette COLLET | | Morbihan |
| Dr Diouga DIALLO | | Seine-Saint-Denis |
| Dr Michel DINASQUET | | Manche |
| Dr Thomas DUTREY | | Charente |
| Dr Julien FARCE | | Réunion |
| Dr Michel GALLIEZ | | Manche |
| Dr Franck GARDEN-BRECHE | | Manche |
| Dr Elisa IDEE | | Morbihan |
| Dr Apolline JAHIER | | Martinique |
| Dr Alexandre LABLEE | | Côtes d'Armor |
| Dr Alban LEJEUNE | | Pyrénées-Atlantiques |
| Dr Suliac LEROUX | | Réunion |
| Dr Sonia PESSEL | | Morbihan |
| Dr Rachel RAVACHE | | Finistère |
| Dr Guillaume ROUSSEAU | | Morbihan |
| Dr Caroline TESSIER | | Morbihan |

DÉCÈS

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Dr Daisy LAMBINET | Décédée le 30/04/2022 (72 ans) |
|-------------------|--------------------------------|

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

| | |
|------------------------------|--|
| Dr Gilles BALLAN | MEDECINE GENERALE |
| Dr Yves BIRON | CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES |
| Dr Véronique BREAU | MEDECINE GENERALE |
| Dr Bruno CHARETON | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE |
| Dr Claire CHEVREUIL-LECOULS | PSYCHIATRIE OPTION ENFANT ADOLESCENT |
| Dr Pierre COEURDACIER | CHIRURGIE UROLOGIQUE |
| Dr Jean-Paul DUBOIS | MEDECINE GENERALE |
| Dr Patrick GASPAILLARD | PSYCHIATRIE |
| Dr Denis HERCOUET | MEDECINE GENERALE |
| Dr Paul HERRMANN | MEDECINE GENERALE |
| Dr Isabelle HESLAN | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| Dr Annick LARRIVE | MEDECINE GENERALE |
| Dr Christophe LE GALL | MEDECINE GENERALE |
| Dr Catherine LETARD-MICHEL | MEDECINE GENERALE |
| Dr Marie-Line NOVELLO-MALLET | RADIO-DIAGNOSTIC |
| Dr Alain PARIS | MEDECINE GENERALE |
| Dr Monique POUPLARD | PSYCHIATRIE |
| Dr Evelyne ROUGIER-ROUGEAUX | MEDECINE GENERALE |
| Dr Patrick TAS | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES HUMAINES |

INSTALLATIONS

| | | | |
|--------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| Dr Romain MAHE | MEDECINE GENERALE | NOYAL SUR VILAINE | 01/01/2026 |
| Dr Marion GRELET | MEDECINE GENERALE | VAL D'ANAST | 01/01/2026 |
| Dr Hugo ARIES | MEDECINE GENERALE | MORDELLES | 01/01/2026 |
| Dr Anne-Véronique FLORIN | MEDECINE GENERALE | ST-JACQUES-DE-LA-L. | 02/01/2026 |
| Dr Soizig LEGUY-BONNET | NEUROLOGIE | ST MALO | 21/12/2025 |
| Dr Alexandre BONNET | NEUROLOGIE | ST MALO | 21/12/2025 |
| Dr Valentin CHAUVEAU | MEDECINE GENERALE | BOURGBARRE | 05/01/2026 |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------|
| Dr Constance LE FLOCH | MEDECINE GENERALE | ST ERBLON | 05/01/2026 |
| Dr Leïla PUYDUPIN | MEDECINE GENERALE | RENNES | 01/01/2026 |
| Dr Tim GERARD | MEDECINE GENERALE | VAL D'ANAST | 22/12/2025 |
| Dr Côme SESBOUE | ANAT. ET CYTOLOGIE PATHOL. | RENNES | 17/11/2025 |
| Dr Anne-Laure TALINEAU | MEDECINE GENERALE | MAEN ROCH | 03/11/2025 |
| Dr Isabelle RACT | RADIOLOG. ET IMAGERIE MED. | ST-GREGOIRE | 01/01/2026 |
| Dr Maxime LE DOEUFF | MEDECINE GENERALE | CHANTEPIE | 26/01/2026 |
| Dr Bruno BOUTELET | MEDECINE GENERALE | CHATEAUNEUF D'ILLE... | 01/01/2026 |
| Dr Vincent SALMON | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MED. | COMBOURG | 01/01/2026 |

INSCRIPTIONS

| | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Mme Marie HEUDES | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| M. Alexis MOUTON-PEROTIN | MEDECINE NUCLEAIRE | Fait des remplacements |
| Mme Margaux POULIQUEN | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Mme Ségolène ROULT | BIOLOGIE MEDICALE | Fait des remplacements |
| Mme Morgane TIREL | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| M. Nicolas TIRTIAUX | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| M. MATTEO PAOLETTI | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | PONTCHAILLOU RENNES |
| M. Farouk ABCHA | MEDECINE CARDIOV. | CLIN. DE LA COTE D'EMERAUDE ST MALO |
| M. Mohamede DOUBOUYA | GYNECOLOGIE OBSTERIQUE | CH DE VITRE |

MÉDECINS VENANT D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|--|
| Dr Brigitte SUBILEAU | MEDECINE DU TRAVAIL | Médecin retraité sans activité |
| Dr Marc ANDRIEUX | MEDECINE GENERALE | Installation en collaboration libérale ST MALO |
| Dr Céline BIENAIME | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Jacques BREAU | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Nina BRILLAT-SAVARIN | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | CHU PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Eléonore CAUCHOIS | MEDECINE D'URGENCE | SAMU SMUR PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Marin DIEUDONNE | OPHTALMOLOGIE | Installation libérale RENNES |
| Dr Gaëlle DUVAL | MEDECINE GENERALE | Installation libérale LUITRE |
| Dr Laëla EL AMIRI | CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOL. | Installation libérale ST MALO |
| Dr Michel FATRAS | MEDECINE GENERALE | Collaboration libérale DINARD |
| Dr Gaël JUGLARD | PSYCHIATRIE | Médecin retraité sans activité |
| Dr Jeanne LAMBRECQ | PEDIATRIE | Salariée CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES |
| Dr Jeanne LE CORRE | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | CHU PONTCHAILLOU RENNES |
| Dr Valentine LEBRETON | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Mathieu ORTICONI | MEDECINE GENERALE | EHPAD LA HAIZE GHRE ST MALO |
| Dr Corentin PUECH | PNEUMOLOGIE | Fait des remplacements |
| Dr Toufik HMOUD | PNEUMOLOGIE | Salarié CDS POLYVALENT INWE'CARE RENNES |
| Dr Arnaud MITCHOZOUNOU | GERIATRIE | Installation libérale ST GREGOIRE |

TRANSFERTS

| | |
|------------------------|----------------------|
| Dr Lucy AMAT | Pyrénées Atlantiques |
| Dr Claire APPERT | Côtes d'Armor |
| Dr Gilles BALLAN | Finistère |
| Dr Logane BARBEAU | Réunion |
| Dr Clémentine COLLET | Rhône |
| Dr Olivier CONRARD | Loire-Atlantique |
| Dr Benoist DEVE | Val de Marne |
| Dr Anthony GABRIEL | Rhône |
| Dr Anne-Yvonne GARNIER | Seine-Saint-Denis |
| Dr Armelle MOUSSET | Réunion |
| Dr Lidia Elena NITU | Bouches-du-Rhône |
| Dr Robin PFLAUM | Côtes d'Armor |
| Dr Benjamin POIRIER | Côtes d'Armor |
| Dr Hélène PONTOIZEAU | Charente |
| Dr Victoire PREVOTEAU | Marne |

DÉCÈS

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Dr Christian LE GUEVEL | Décédé le 27/12/2025 (93 ans) |
| Dr Robert LEBLAY | Décédé le 15/12/2025 (90 ans) |

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

| | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Dr Sylvie COREAU GUILLIER | PSYCHIATRIE |
| Dr Alain DAVAINÉ | MEDECINE GENERALE |
| Dr Jean-Pierre LECLERCQ | PSYCHIATRIE |
| Dr Catherine LOUAIL-TABOUREL | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| Dr Jacques MOTTAIS | MEDECINE GENERALE |
| Dr Gilles QUIBOEUF | MEDECINE GENERALE |

INSTALLATIONS

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|------------|
| Dr Miléna GUILLAUD | MEDECINE GENERALE | RENNES | 02/02/2026 |
| Dr Xavier COLASSON | MEDECINE GENERALE | RENNES | 02/02/2026 |
| Dr Anne-Murielle LENGOUÉ-KAMGOUE | MEDECINE GENERALE | RENNES | 02/02/2026 |
| Dr Julie LECERF | MEDECINE GENERALE | SIXT-SUR-AFF | 01/02/2026 |
| Dr Pauline ROLLAND | MEDECINE GENERALE | RENNES | 02/02/0026 |
| Dr Valentine JASLET | MEDECINE GENERALE | MONTREUIL LE GAST | 01/02/2026 |
| Dr Alexis TOUBEL | DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE | RENNES | 01/02/2026 |
| Dr Myriam OUHAMMOU | MEDECINE GENERALE | ST MALO | 01/02/2026 |
| Dr Tri-Bao NGUYEN | NEUROLOGIE | RENNES | 01/10/2025 |
| Dr Thibault LERAY | MEDECINE GENERALE | CHATEAUGIRON | 01/01/2026 |
| Dr Jean RICHEUX | PNEUMOLOGIE | ST-GREGOIRE | 01/01/2026 |
| Dr Solenn BROSSEAU | PNEUMOLOGIE | ST-GREGOIRE | 01/01/2026 |
| Dr Anne-Lise GATOUILLAT | MEDECINE GENERALE | DOL DE BRETAGNE | 01/01/2026 |

INSCRIPTIONS

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Dr Julie DESCHAMPS | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Raphaëlle FERRON | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Sébastien FONTUGNE | MEDECINE GENERALE | Exercice libéral ST GREGOIRE |
| Dr Karim KERZAZI | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr François LE GLOANEC | MEDECINE GENERALE | Salarié HP CESSON-SEVIGNE |
| Dr Sara GONZALEZ DE ALAIZA ORTEGA | MEDECINE CARDIOVASCULAIRE | Fait des remplacements |
| Dr Soumia BOUKHEMKHEM | MEDECINE GENERALE | CH Simone Veil VITRE |

MÉDECINS VENANT D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

| | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|
| Dr Marc BLONDEAU | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE | CH BROUSSAIS ST MALO |
| Dr Robin CARRÉ | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Valentin DUMARD | MEDECINE GENERALE | Salarié Centre de Santé LANGON |
| Dr Solène XIBERRAS | MEDECINE GENERALE | Fait des remplacements |
| Dr Pierre-François LESAULT | PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | Exercice libéral RENNES |
| Dr Victor NGUYEN | ONCOLOGIE option ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE | C.E.M. RENNES |

TRANSFERTS

| | |
|-----------------------|------------------|
| Dr Camille BEAUGRAND | Manche |
| Dr Arelis BRUNELLIÈRE | Loire-Atlantique |
| Dr Clémentine CAVART | Côtes d'Armor |
| Dr Marie DUBEAU | Morbihan |
| Dr Jean GADOULLET | Ville de Paris |
| Dr Juliette MAIRE | Côtes d'Armor |
| Dr Nicolas SAINT-MARC | Tarn |

DÉCÈS


| | |
|---------------------|--------------------------------|
| Dr Denis DORMOY | Décédé le 22/09/2025 (76 ans) |
| Dr Laurine MEGRET | Décédée le 08/10/2025 (45 ans) |
| Dr Jacques MICHELIN | Décédé le 28/05/2025 (92 ans) |
| Dr Frank TAVERNIER | Décédé le 08/01/2026 (74 ans) |

RETRAITÉS SANS ACTIVITÉ

| | |
|---------------------------|---|
| Dr Nadia AIT-SAHALIA | MEDECINE GENERALE |
| Dr Pascal ANET | MEDECINE GENERALE |
| Dr Sylvie BRAU | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLES |
| Dr Marie CABANES-GALMICHE | BIOLOGIE MEDICALE |
| Dr Myriam COLLEU BRUNE | MEDECINE GENERALE |
| Dr Bernard CORDIER | MEDECINE GENERALE |
| Dr Claude GREDELU | MEDECINE GENERALE |
| Dr Patrick LE BERRIGAUD | GYNECOLOGIE MEDICALE |
| Dr François LE GALL | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES HUMAINES |
| Dr Patrice NOURY | MEDECINE GENERALE |
| Dr Elizabeth SHEPPARD | PSYCHIATRIE |
| Dr Patrick THANGUY | MEDECINE GENERALE |

INSTALLATIONS

| | | | |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------|
| Dr Thérèse TUEGUEM MOYO | MEDECINE VASCULAIRE | LA-CHAPELLE-DES-FOUG. | 02/03/2026 |
| Dr Audrey KERGOZOU | MEDECINE GENERALE | ST-GREGOIRE | 02/02/2026 |
| Dr Quentin DELEPINE | OPHTALMOLOGIE | RENNES | 01/01/2026 |
| Dr Marine HANIB | MEDECINE CARDIOVASCULAIRE | ST-GREGOIRE | 01/01/2026 |
| Dr Antoine GORRIZ | MEDECINE GENERALE | ST MALO | 01/03/2026 |
| Dr Tugba TURE | MEDECINE GENERALE | RENNES | 02/03/2026 |



Bulletin d'informations du Conseil
Départemental d'Ille-et-Vilaine de l'Ordre
des Médecins

4 Cours Raphaël Binet
CS 96551
35065 RENNES CEDEX

MARS 2026 / n°74

Imprimeur : Veoprint
Nombre d'exemplaires : 80
Dépôt légal : mars 2026

Directeur de la publication :
Dr BATAIL

Rédacteur en chef :
Dr BADOUL

Comité de rédaction :
Dr BIDAULT, Dr CAUBET, Dr DUREL,
Dr HENRY, Dr LE GAGNE,
Dr LE MAGADOUX, Dr LEGER, Dr ROTH

Conception et réalisation :
Morgane JULIEN