

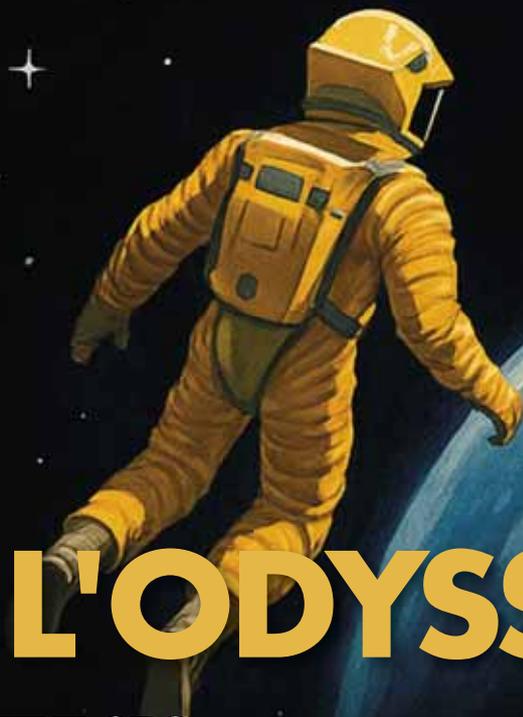
# LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS  
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

N°31

JUIN  
2025

QUADRIMESTRIEL  
GRATUIT



## 2031: L'ODYSSÉE DE L'IA

[WWW.INPH.ORG](http://WWW.INPH.ORG)

## BUREAU

**Présidente**  
Dr Rachel BOCHER  
(CHU de Nantes)

**Délégué général**  
Dr Patrick LÉGLISE  
(SYNPREFH - Draveil)

**Secrétaire Général**  
Dr Slim BRAMLI  
(FPS - Avignon)

**Trésorier**  
Dr Olivier DOUAY  
(SNPH - Limoges)

**Premier Vice-Président**  
Pr Guillaume CAPTIER  
(SHU - Montpellier)

**Vice-Président chargé de la Psychiatrie**  
Dr Michel TRIANTAFILLOU  
(SPEP - Nanterre)

**Vice-Président chargé de la Médecine (Infectiologie)**  
Dr Hugues AUMAÎTRE  
(SNMInf - Perpignan)

**Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)**  
Pr Pascal ROBLLOT  
(SYNDIF - Poitiers)

**Vice-Présidente chargée de la Maïeutique**  
Mme Camille DUMORTIER  
(ONSSF - Nancy)

**Membre du bureau chargé de la Santé Publique et l'Information Médicale**  
Dr Jérôme FRENKIEL  
(SNPH - CHU - Paris)

**Délégué Général Adjoint**  
Dr Éric OZIOL  
(SYNDIF - Béziers)

**Secrétaire Général Adjoint**  
Dr Patricio TRUJILLO  
(FPS - Étampes)

**Trésorier Adjoint**  
Dr Bernard SARRY  
(SNOHP - Limoges)

**Deuxième Vice-Présidente chargée de la Chirurgie**  
Dr Maud CHABAUD  
(SCPF - Paris)

**Vice-Présidente chargée de la Chirurgie Pédiatrique**  
Dr Hélène LE HORS  
(SCPF - Marseille)

**Vice-Président chargé de la Pharmacie**  
Dr Cyril BORONAD  
(SYNPREFH - Cannes)

**Vice-Président chargé de l'Université et de la Recherche**  
Pr Bertrand DIQUET  
(SHU - Angers)

**Vice-Président chargé de la Qualité de Vie au Travail**  
Dr Pierre RUMEAU  
(SyNPH - Toulouse)

## 16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

<b>SyNPH</b> Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Président : Dr Pierre RUMEAU	<b>FPS</b> Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Slim BRAMLI
<b>SNMInf</b> Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÎTRE	<b>SYNPREFH</b> Syndicat National des Pharmaciens des Établissement Publics de Santé Président : Dr Cyril BORONAD
<b>SPEP</b> Syndicats des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLOU	<b>SNHG</b> Syndicat National des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
<b>SPHPF</b> Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	<b>SHU</b> Syndicat des Hospitalo-Universitaires Président : Pr Guillaume CAPTIER
<b>SCPF</b> Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Présidente : Dr Naziha KHEN-DUNLOP	<b>SNOHP</b> Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics Président : Dr Bernard SARRY
<b>SYNDIF</b> Syndicat National des Internistes Français Président : Pr Pascal ROBLLOT	<b>SPH</b> Syndicat du Service Public Hospitalier Présidente : Dr Érica MANCIEL SALINO
<b>ONSSF</b> Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes Présidente : Mme Caroline COMBOT	<b>SYFMER</b> Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation Président : Dr Jean-Pascal DEVAILLY
<b>SNMBCHU</b> Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU Président : Pr Jean-Paul FEUGEAS	<b>SNSP</b> Syndicat National des Médecins de Santé Publique Président : Dr Nicolas LEBLANC

# SOMMAIRE N°31

04 ÉDITORIAL

08 DE 2001 À 2031 : L'ODYSSÉE DE L'IA POUR UN SIMPLE « TRANS-HUMANISME PERFORMANT »... OU BIEN UN CHEMIN VERS LE « SUR-HUMANISME » ?  
Dr Eric OZIOL

DOSSIER : QUELLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE L'HÔPITAL ET DES PATIENTS ?

11 Le numérique en santé, un enjeu syndical  
Dre Mélissa BOISGONTIER

13 L'intelligence artificielle au service du bon usage du médicament : Enjeux et perspectives en pharmacie clinique hospitalière  
Dr François VERSINI

19 L'IA en imagerie médicale : Pilote automatique ou copilote éclairé ?  
Pr Benoit GALLIX

22 L'expérience du LIMICS pour l'utilisation de l'IA en clinique complexe  
Dre Christel GÉRARDIN

23 L'IA pour une formation humaine et authentique  
Pr Guillaume CAPTIER

26 État des lieux de l'IA hospitalière en 2030 : enjeux, réalités et perspectives... une anticipation non dystopique ?  
Pr David MORQUIN

29 Vous avez dit Intelligence ?  
Dr Jérôme FRENKIEL

## ACTUALITÉ SYNDICALE

34 Apport des PADHUE dans le système de soins français : Les anciens PADHUE dans le système de soins français : le point au 1<sup>er</sup> janvier 2025 à partir des données du CNOM  
Dr Eric OZIOL et Dr Slim BRAMLI

38 Information PADHUE de dernière minute

## INFO J. O

39 Actualité des textes officiels  
Dr Patrick LÉGLISE

JE L'AI LU OU RELU... ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...

42 Lire "1984" en 1985, et le relire en 2025... avec ChatGPT

45 Et pour aller plus loin avec l'IA en médecine  
Dr Eric OZIOL

50 ANNONCES DE RECRUTEMENT

## LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D<sup>r</sup> RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D<sup>r</sup> JÉRÔME FRENKIEL  
D<sup>r</sup> ERIC OZIOL

Comité de lecture D<sup>r</sup> JEAN-MICHEL BADET ✕  
D<sup>r</sup> MICHEL TRYANTAFILLOU  
D<sup>r</sup> MAUD WILLIAMSON  
D<sup>r</sup> PATRICK LÉGLISE  
D<sup>r</sup> SLIM BRAMLI  
D<sup>r</sup> GUILLAUME CAPTIER  
D<sup>r</sup> MARIE-AUDE LEGUERRIER  
D<sup>r</sup> MICHÈLE AKIERMAN



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

### Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante  
M. TABTAB Kamel, Directeur  
14, Rue Commines - 75003 Paris  
Tél. : 01 53 09 90 05  
Email : contact@reseauprosante.fr  
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page  
We Atipik - www.weatipik.com



Crédit photos : 123RF, INPH  
Couverture : image générée par IA (ChatGPT)

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

## CARAMBOLAGE

Nous voilà projetés en 2031.

C'est-à-dire 30 ans après « L'Odyssée de l'espace », œuvre visionnaire dans laquelle HAL 9000 incarnait à la fois la promesse et la menace de l'intelligence artificielle.

Tel est le pari que prend aujourd'hui votre magazine de l'INPH.

Celui de nous projeter dans 6 ans, en 2031, accompagné par l'IA, c'est-à-dire au cœur de ce qui bouge sous nos yeux, insidieusement et utilement, volontairement ou inéluctablement ?

Comment arbitrer : évolution ou révolution ?

L'actualité convoque l'intelligence artificielle censée imiter ou se substituer à la nôtre, pour faire mieux que nous ou plus longtemps que nous.

Dans le même temps les parlementaires sont priés de nous autoriser à pouvoir mourir mieux, ce qui ici, nous l'avons compris, ne signifie pas mourir guéris, mais mourir à notre façon, à notre moment, à notre demande impérative en quelque sorte.

Alors dans nos pratiques, bousculés que nous sommes par ces modifications irréfractables, que voyons-nous ?

Le réel semble avoir rattrapé la fiction, non pas comme en 2001 dans l'espace, mais bel et bien au cœur de nos hôpitaux.

L'IA est partout.

Elle assiste, diagnostique, soigne, prévient, conseille.

Elle sauve des vies.

Mais à quel prix et dans quel cadre éthique ?

Certes le bilan est spectaculaire.

Grâce aux réseaux neuronaux et à la médecine prédictive, les maladies rares sont par exemple, détectées dès la naissance, et les algorithmes personnalisent les traitements.

L'IA a donc libéré du temps médical.

A-t-elle pour autant remplacé les praticiens ?

Ou reste-t-elle ce qu'elle est, c'est-à-dire une assistance pour mieux anticiper, organiser, soigner, et donc prolonger.

Prolonger ?

Cette intelligence algorithmique doit-elle - peut-elle - être invitée à co-décider pour nous dire ce que sont nos vies, celles qui méritent d'être vécues, celles d'être sauvées, et les autres ?

Le débat sur la fin de vie, relancé avec vigueur, révèle dès lors une tension nouvelle : entre l'optimisation de la santé par les machines et la fin volontaire de la vie humaine, quel est le sens que nous accordons encore à notre propre fragilité ?

Quel télescopage !

Car ce que HAL9000 ne comprenait pas reste ce que les IA n'imitent que maladroitement : la dignité, le désir, la joie, celle de vivre, la peur, celle de mourir.

C'est l'irrationalité qui s'invite souvent, comme un droit inaliénable au cœur d'une rencontre singulière, intime et vraie, entre un patient et son médecin.

À quoi bon prolonger la vie à tout prix si celle-ci perd son épaisseur humaine ?

**À quoi bon prolonger la vie, si celle-ci perd son épaisseur humaine ?**

Et inversement, ne risque-t-on pas, en banalisant la mort assistée par la technologie, de glisser vers une forme de sélection artificielle, douce et consentie, mais redoutablement et machiavéliquement efficace, telle une mécanique implacable écartant l'holisme et toute autre approche globale, atomisant nos comportements, nos pratiques et nos savoirs.

Ce n'est pas dans l'espace que l'IA a le plus progressé, mais sur Terre, dans nos hôpitaux, régulière comme un métronome, et efficace H24.

Efficace certes, mais avec Melvin Kranzberg nous savons que « La technique n'est ni bonne, ni mauvaise ; elle n'est pas neutre non plus. ».

L'IA ne ressent pas la douleur ni ne connaît l'espoir.

Elle ne connaît ni la mort, ni l'élan pour vivre.

Elle calcule et propose.

Et c'est peut-être aussi ainsi ?

Car même dans un monde de machines intelligentes, peut-être nous faut-il rester les garants, avec d'autres, de ce qui ne se codifie pas : la dignité, la compassion, le mystère de la vie, nos doutes, nos angoisses, nos désirs et pour tout dire, nos vies elles-mêmes ?

Drôle de carambolage, curieux carrefour que celui où l'on rencontre cette révolution technologique dans un contexte sociétal aussi bouleversé qu'est celui de la réévaluation du sens de la vie, notamment dans ses derniers instants.

**Ce que nous ferons de l'intelligence artificielle en médecine dira beaucoup, de ce que nous déciderons de faire de la vie elle-même.**

Dès lors tout porte à craindre que faire semblant de croire que nous pouvons tout lui déléguer revient à courir à notre perte.

Ce paradoxe mérite d'être posé clairement : l'intelligence artificielle a renforcé la capacité à maintenir en vie, mais elle intervient dans une société où l'on accorde désormais le droit d'y mettre fin. Une forme de liberté de dernier recours par acceptation du verdict médical de l'IA. Tout se lie, tout est lié.

Pourtant la médecine n'est pas qu'une science.

Ce que nous ferons de l'intelligence artificielle en médecine dira beaucoup, de ce que nous déciderons de faire de la vie elle-même.

Cette vie à laquelle notre Ami et Confrère Jean-Michel Badet récemment disparu, tenait tant, montrant par ses engagements, ses actions, sa pratique et par son amitié bien davantage que ne saura jamais le faire une machine, aujourd'hui comme hier, ou demain.

Nous pensons à Jean-Michel, à sa Famille, et aux siens.

Bonne lecture de ce numéro atypique de votre magazine.

Vos rédacteurs avec Paul Ricoeur ont peut-être tenté de rappeler que sans doute « L'homme doit toujours être la mesure de la technique, et non l'inverse. ».

Présidente de l'INPH  
Dr Rachel BOCHER





MNH Médicéo

Les solutions santé et prévoyance dédiées aux Praticiens hospitaliers et internes



### Santé

**Vos dépenses de soins courants sont prises en charge :**

100% Santé, forfaits ostéopathie, consultation psychologue, contraception...

### Prévoyance

**Dès le 18 juin 2025, vos revenus (salaire, indemnités, primes, gardes et astreintes) seront assurés en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.**

3031 Service à appel gratuits

du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Restons en contact !



mnh.fr



MNH Médicéo est assurée et distribuée par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH). Siège social : 331, avenue d'Antibes - 45200 Amilly. Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 606 361. Juin 2025 / Crédits photos : iStock.

# HOMMAGE AU DOCTEUR JEAN-MICHEL BADET



Jean-Michel nous a quitté en février 2025.

Souvenons-nous ensemble qu'il a eu une vie d'homme qui rend justice au don de la vie.

Il avait des centres d'intérêt professionnels, intellectuels, culturels éclectiques et peu communs, y compris en dehors de son métier de médecin ORL.

Je me rappelle encore de la manifestation des folles journées à Nantes, où Jean-Michel est venu faire des interviews pour sa radio, avec tant de passion, de connaissance et de goût pour faire partager.

Alors aujourd'hui nous pouvons voir combien il a su occuper pleinement sa place de serviteur de l'État, un grand serviteur de l'Hôpital Public, un grand acteur de la santé publique, reconnu comme tel dans nos milieux professionnels et syndicaux.

Car il avait fait le choix de consacrer une large partie de sa vie au service du bien commun, car Jean-Michel était un Humaniste qui connaissait le sens du mot engagement.

Il était un professionnel de haute compétence, au service d'un esprit délié avec une infatigable qualité d'écoute qui tissait l'excellence dans ses rapports aux autres.

Jean-Michel a été un compagnon de route syndicale inoubliable, je peux en témoigner, en sa qualité de premier Vice-Président à mes côtés, travaillant au sein de l'Inter-syndicat des Praticiens Hospitaliers, avec toujours la même disponibilité et une implication exigeante pour tous les dossiers, ou pour les négociations nationales, sans cesse à la défense des évolutions nécessaires à ce grand édifice qu'est l'Hôpital Public.

Nous n'oublierons jamais les conseils avisés qu'il donnait aux jeunes praticiens, les encourageant à embrasser cette grande cause qu'est l'Hôpital Public, par un exercice indéfectible dans une quête du mieux-être au quotidien.

Jean-Michel était un ami rare.

**Nos pensées vont à sa famille, ses amis, ses collègues et ses camarades.**

**Que toutes et tous soient fiers de lui et de l'avoir connu.**

**Longtemps.**

Docteur Rachel BOCHER

# DE 2001 À 2031

## L'ODYSSÉE DE L'IA POUR UN SIMPLE « TRANS-HUMANISME PERFORMANT »... OU BIEN UN CHEMIN VERS LE « SUR-HUMANISME » ?



Dr Eric OZIOL

Rédacteur en chef pratiquant l'IA...  
l'Interrogation Anthropologique

Après avoir passé l'étape de « la grande peur du bug de l'an 2000 », le tout numérique est devenu le crédo incontournable de toutes les organisations humaines complexes. Le système de soins et les établissements de santé n'y ont pas fait exception. Mais au-delà de l'explosion numérique à l'hôpital, ou bien comme sa conséquence inéluctable, lors du dernier SantExpo qui vient de se terminer en mai 2025 Porte de Versailles, l'Intelligence Artificielle (IA) a été le thème récurrent de l'exposition, que ce soit pour le diagnostic, le parcours de soins, la transformation des organisations hospitalières, l'automatisation des tâches administratives, l'accessibilité et l'égalité des soins, et enfin pour la cybersécurité et la protection des données. L'IA a été mise en exergue comme étant l'outil ultime du futur, de quoi justifier les 109 milliards d'euros d'investissements « privés français et étrangers » pour des projets de développement de

l'IA, « dans les prochaines années », annoncés par notre président de la République en février 2025 à l'occasion du Sommet sur l'IA.

Mais l'outil IA de plus en plus annoncé comme « LA » Solution à tout, est-il vraiment un outil comme les autres ? Est-il un « outil convivial » ou finalement un nouveau « monopôle radical », selon la définition d'Ivan Illich (1) ? Est-ce un outil maniable par chacun au service du bien-être commun, ou bien est-ce un nouvel outil d'asservissement de tous au service de la productivité sans autre finalité que celle-ci ?

Les questions suivantes sont donc essentielles à poser : comment l'utiliser, comment le questionner, comment le paramétrer, comment le « nourrir », comment le contrôler et quel sera l'impact prévisible de cet outil sur notre autonomie, et sur notre pensée ?

Une étude récente parue en 2025, de Lee et al. (2) a montré que l'utilisation intensive de l'IA aurait déjà des effets néfastes sur notre cerveau et nos capacités cognitives, avec une acceptation croissante de réponses prêtes à l'emploi et une dépendance cognitive qui affaiblit le raisonnement autonome. L'IA qui est un outil puissant et surtout ultra-rapide, et qui pourrait être vécu comme une « béquille cognitive »,

est également potentiellement un produit dopant très addictif qui risque surtout de devenir un substitut à la pensée critique.

Donc le temps que vous croyez gagner avec le numérique et l'IA, ne le gaspillez pas à « nourrir » ce même numérique et ces IA ! Prenez plutôt ce temps pour laisser vagabonder poétiquement et philosophiquement votre pensée afin de construire votre robustesse, au lieu de vous perdre dans une course effrénée à la performance. Celle-là même mise en exergue par le mouvement trans-humaniste, qui fantasme une augmentation technologique des capacités physiques et intellectuelles, telle qu'elle serait capable de « tuer » le vieillissement et la mort.

En 1968 (un an avant le premier alunissage), Stanley Kubrick réalisait « 2001 : L'Odyssée de l'espace », un film inclassable inspiré de la nouvelle « La Sentinelle » de l'écrivain et scénariste du film Arthur C. Clarke, ni tout à fait de science-fiction, ni dystopique, ni d'anticipation, ni même space-opéra, même si la musique est très présente dans ce film. En fait un film à la fois futuriste et intemporel, qui reste encore aujourd'hui très crédible, sans effets spéciaux incroyables, car vraisemblables. Un « OVNI » cinématographique inclassable qui a brisé tous les schémas de genre pour devenir un phénomène et une référence culturelle à part,

dont la rareté des dialogues et le monolithe rectangulaire récurrent ont dérouté l'entendement. Ce monolithe ne pourrait-il pas maintenant être interprété comme une allégorie anticipatoire et symbolique de la religion des smartphones (téléphone intelligent, selon la traduction littérale... et qui a réponse à tout) ?

Cette Odyssée de l'espace et du temps est un voyage de l'origine de l'histoire humaine jusqu'à la conquête de l'espace grâce à la technologie, et surtout jusqu'à l'intelligence artificielle avec le « personnage » de HAL 9000 (CARL 500 dans la version française).

C'est finalement une œuvre en référence à Nietzsche et à son concept de « Sur-humain » (traduction plus littérale de über-mensch, que « sur-homme »... trop sexiste). La bande-son de Richard Strauss, « Ainsi parlait Zarathoustra » vient confirmer la référence à Nietzsche.

Le film progresse en quatre phases bien claires :

1. L'humain crée la technologie. Le monolithe est le symbole de l'idée technologique.
2. La technologie dépasse l'humain : HAL 9000, l'IA du vaisseau spatial.

3. L'humain dépasse ses idées et sa technologie. Il débranche HAL 9000.
4. L'humain dépasse l'humain, il devient « Sur-humain », en renaissant en fœtus qui s'observe en humain mourant.

Mais resterons-nous capables de dépasser nos idées et notre technologie, notamment en médecine ? Le smartphone a remplacé à la fois le bip, le Vidal, les livres et les traités de médecine. La sonde POCUS (Point Of Care Ultra Sonography) couplée à une IA remplacera bientôt le stéthoscope. L'intelligence immédiate et numérique, a déjà supplanté le temps long de la réflexion éthique.

Dans un présent où prévaut la déshumanisation continue de l'humain, nous souhaiterions humaniser plus encore les machines. Mais peut-il exister des émotions et des sentiments artificiels ? « Plus humain que l'humain », était le slogan de la Tyrell corporation qui fabriquait les répliquants dans « Blade Runner », le film de Ridley Scott, sorti en 1982, d'après le roman de Philip K. Dick, « Les androïdes rêvent-ils de moutons électriques ? ».

À moins que le « Sur-humain » ne soit plus l'humain, mais finalement la machine, ce qui donnerait plutôt raison à une autre dystopie, à savoir le film « Terminator » de James Cameron, sorti en 1984, dans laquelle la super IA centrale n'a même plus besoin des humains et fabrique elle-même ses robots humanoïdes à son service et celui du « jugement dernier ».

Bonne lecture de ce MAG 31 pour explorer l'IA et ses conséquences sur l'hôpital et le soin... et bon visionnage du film de Kubrick, à découvrir ou redécouvrir.

(Texte d'écriture et relecture lentes, garanti 100 % sans Intelligence Artificielle).



1. [https://ia801705.us.archive.org/18/items/illich-convivialite/Illich\\_Convivialite.pdf](https://ia801705.us.archive.org/18/items/illich-convivialite/Illich_Convivialite.pdf)
2. [https://www.microsoft.com/en-us/research/wp-content/uploads/2025/01/lee\\_2025\\_ai\\_critical\\_thinking\\_survey.pdf](https://www.microsoft.com/en-us/research/wp-content/uploads/2025/01/lee_2025_ai_critical_thinking_survey.pdf)





## DOSSIER

# A L'HORIZON 2031, QUELLE IA AU SERVICE DE L'HÔPITAL ET DES PATIENTS ?

# LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ, UN ENJEU SYNDICAL



**Dre MéliSSa BOISGONTIER**  
Pharmacienne et  
coordinatrice exécutive  
du SYNPREFH

*Le SYNPREFH trace une feuille de route à l'issue de son atelier sur le numérique en pharmacie hospitalière. À l'occasion d'un séminaire organisé fin septembre, le SYNPREFH a rassemblé des pharmaciens autour d'un atelier stratégique consacré au numérique. L'objectif ? Déterminer les priorités d'action face aux nombreuses innovations technologiques qui transforment en profondeur le métier de pharmacien hospitalier.*

Six thématiques numériques majeures ont émergé :

- ☑ L'intelligence artificielle (IA) et les systèmes d'aide à la décision pharmaceutique ;
- ☑ L'IA générative ;
- ☑ Les télésoins ;
- ☑ La cybersécurité ;
- ☑ La robotisation - automatisation - digitalisation ;
- ☑ Et la responsabilité populationnelle.

Ces axes ont été sélectionnés lors d'un jeu interactif de priorisation, qui a permis d'évaluer les sujets selon leur potentiel d'innovation, leur impact sur les pratiques professionnelles, les attentes du terrain et la faisabilité de mise en œuvre.



## L'IA AU SERVICE DES MISSIONS PHARMACEUTIQUES

Face à la montée en puissance des enjeux de la santé numérique et de l'IA, le SYNPREFH fait le choix d'un engagement structuré. L'IA ne doit pas être subie mais comprise, analysée, encadrée. À travers sa feuille de route numérique, le syndicat identifie l'IA comme un levier prioritaire de transformation des pratiques pharmaceutiques hospitalières. Elle s'invite à chaque maillon de la chaîne pharmaceutique hospitalière, apportant potentiellement son appui dans de nombreuses missions du pharmacien.

Qu'il s'agisse de systèmes d'aide à la décision, de synthèse automatisée de dossiers médicaux, de retranscription d'un entretien grâce à des outils de reconnaissance vocale enrichis par des modèles de langage avancés (LLM), de modélisation thérapeutique ou encore d'outils prédictifs sur la consommation de médicaments, les cas d'usage se multiplient. Mais leur développement suppose un écosystème cohérent : données fiables, systèmes interopérables, professionnels formés. L'enjeu est double : améliorer la qualité de la prise en charge et préserver le rôle

stratégique du pharmacien dans un hôpital numérique.

Le SYNPREFH propose une démarche collective : cartographier les besoins, mutualiser les retours d'expérience, renforcer les liens avec les concepteurs de solutions. Il défend l'émergence d'un « pharmacien augmenté », formé aux enjeux technologiques, capable de dialoguer avec les éditeurs et de sécuriser l'usage de l'IA dans le soin. Loin de remplacer le professionnel, l'IA doit être un outil au service de son expertise. C'est cette vision, exigeante et pragmatique, que porte aujourd'hui le syndicat.

## UN PLAN D'ACTION CIBLÉ

Le plan d'action issu de l'atelier s'articule autour de la formation, de la communication, de l'évolution réglementaire et du soutien à l'innovation. Parmi les mesures proposées :

- ☑ Soutenir les projets intégrant l'IA et redéfinir le rôle du « pharmacien augmenté » ;

- ☑ Cartographier les usages de l'IA générative et former les professionnels ;
- ☑ Encourager l'intégration des pharmaciens dans les dispositifs de télésoin ;
- ☑ Participer à l'élaboration d'un guide de cybersécurité dédié aux pharmacies hospitalières ;

- ☑ Soutenir le déploiement à plus grande échelle de solution de digitalisation et d'automatisation en soutenant les appels à projets, promouvoir l'interopérabilité en soutenant l'objectif de coder le médicament dans son environnement clinique ;
- ☑ Promouvoir l'approche populationnelle comme levier d'action en santé publique.

## UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE À RENFORCER

Cet atelier aura permis non seulement de hiérarchiser les priorités, mais aussi d'initier une dynamique collective en faveur d'une digitalisation maîtrisée et pertinente. La transformation numérique est en marche : il s'agira désormais d'en faire une opportunité pour renforcer le rôle stratégique des pharmaciens hospitaliers dans un système de santé en pleine mutation.



# L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DU BON USAGE DU MÉDICAMENT : ENJEUX ET PERSPECTIVES EN PHARMACIE CLINIQUE HOSPITALIÈRE



**Dr François VERSINI**  
CEO de Keenturtle  
Lyon

*L'intelligence artificielle (IA) est en passe de transformer durablement la manière de concevoir la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier. Bien que son déploiement soit encore limité aux « pionniers » du développement de ces solutions nouvelles, les premiers résultats sont très convaincants, preuves en sont les nombreuses publications ou interventions dans les congrès : l'IA sera un levier puissant pour optimiser le bon usage du médicament, prévenir les risques iatrogènes, soutenir les équipes de pharmacie clinique dans leurs missions, et faire de la pharmacie clinique un levier et une clé de la démarche qualité hospitalière.*

## UN ÉTAT DES LIEUX EN MUTATION

En France, le numérique dans le champ de la santé a connu une accélération notable ces dernières années. La France a connu une accélération sans précédent de 2018 à 2022, sous le nom 'MaSanté2022' qui a établi une feuille de route très ambitieuse et cohérente pour accélérer l'émergence du numérique dans la communication entre patients, professionnels de santé et à terme permettre aux

praticiens d'intégrer les données cliniques dans leur pratique.

**Cette stratégie a tiré les leçons des difficultés rencontrées avec le déploiement du DMP et avec la convergence des Territoires de Santé Numérique, des e-Parcours et des organisations territoriales nouvelles à installer comme les GRADeS, les CPTS ou les Maisons de Santé.**

Alors que le téléphone portable et l'intelligence artificielle se diffusaient rapidement dans toute la société, cette dynamique se heurte aux spécificités du monde de la santé et de l'humain en matière d'éthique, de fiabilité et de respect de la confidentialité. Par ailleurs, les investissements passés dans le numérique ont été insuffisants et peu cohérents entre eux. Dans ce contexte, les grandes dynamiques

pilotées et partiellement financées par les institutions, incluent l'établissement d'une doctrine, une insistance forte sur l'éthique, une remise à niveau des solutions informatiques en place, et l'établissement d'une cible d'architecture et d'une trajectoire pour l'atteindre.

Le domaine de la pharmacie avait déjà été le « parent pauvre » lors de la phase d'informatisation des pratiques historiques : la profession a subi des choix qui n'étaient pas faits pour elle, pensés d'abord pour le médecin et le gestionnaire. Au cours de ces années, des initiatives pionnières ont toutefois émergé. L'irruption de l'IA et d'une vraie digitalisation, inventant de nouvelles orchestrations de nouvelles pratiques rendues possibles par la technologie, est à même de changer cet état de fait. Le couple pharmacien-digital a tout pour être un levier clé au sein de l'évolution du numérique en santé : optimisation du circuit du médicament, prise en charge médicamenteuse, détections d'anomalies dans les parcours en général...

## IA EN PHARMACIE CLINIQUE

Le pharmacien hospitalier ne dispense les médicaments qu'après avoir effectué une analyse pharmaceutique. Sans aide numérique autre que les « popups » d'interactions médicamenteuses, il est amené à investiguer en navigant entre de multiples écrans.

L'IA appliquée à la pharmacie clinique permet de changer la donne, par l'analyse de données massives issues des dossiers patients informatisés (DPI), des prescriptions électroniques et des

La pharmacie clinique au cœur des démarches qualité : bon usage du médicament et lutte contre la iatrogénie.

La iatrogénie médicamenteuse représente un coût humain et économique considérable avec jusqu'à 30 000 décès et 130 000 hospitalisations par an en France. Elle représente 10 % des hospitalisations du sujet âgé et 20 % après 80 ans. Bien que posée en cause mondiale par l'OMS, les efforts menés contre l'iatrogénie n'ont pas entamé les chiffres très élevés de décès, de complications et de surcoûts générés : 2 milliards d'euros en France et 42 milliards d'euros dans le Monde selon l'OMS et l'OCDE.

La iatrogénie n'avait pas bénéficié de la même attention et des mêmes incitations à la combattre que les infections nosocomiales, probablement parce que les tentatives d'action n'avaient pas été probantes. Il était clair que sans outil informatique capable de trouver « l'aiguille dans la botte de foin », aucune action ne per-

mettrait de réduire significativement les risques médicamenteux. En 2024, le sénat a fait le constat qu'il existe maintenant des solutions, et, malgré le contexte politique et économique difficile, a fait rentrer la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse dans la LFSS de 2025, appelant à une mobilisation comparable à celle des acteurs de santé autour des infections nosocomiales.

Seule une solution numérique peut évaluer le niveau de risque en temps réels de millions de situations qui sinon passent à travers la vigilance de professionnels de santé sur-sollicités. Le numérique fournit par ailleurs les informations qui permettent aux professionnels de santé de mettre en place des démarches d'amélioration continue dans lesquels les erreurs sont plus des moyens d'apprendre et d'améliorer les pratiques au quotidien que de sanctionner les quelques cas dont les conséquences dramatiques apparaissent au grand jour.

mettrait de réduire significativement les risques médicamenteux. En 2024, le sénat a fait le constat qu'il existe maintenant des solutions, et, malgré le contexte politique et économique difficile, a fait rentrer la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse dans la LFSS de 2025, appelant à une mobilisation comparable à celle des acteurs de santé autour des infections nosocomiales.

En parallèle, nous constatons que la philosophie de la maîtrise de la qualité dans la pratique hospitalière suit la même évolution que dans d'autres secteurs : d'une approche de conformité à des cahiers des charges, dans lesquels l'erreur est sanctionnée quand elle est découverte, on passe à une logique d'amélioration continue dans laquelle l'erreur est anticipée par la mobilisation collective des acteurs.

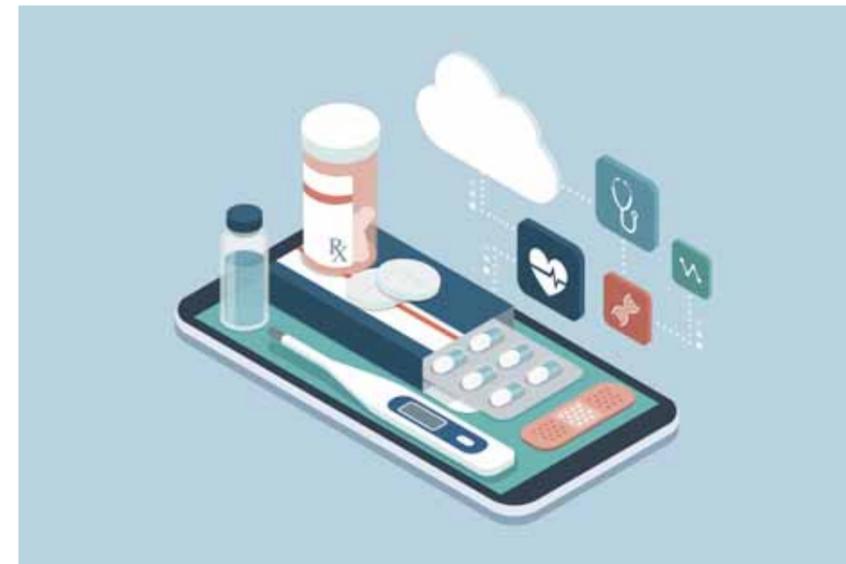
La discipline rentre maintenant dans une nouvelle ère grâce à la puissance du numérique et des logiques qualité nouvelles.

Seule une solution numérique peut évaluer le niveau de risque en temps réels de millions de situations qui sinon passent à travers la vigilance de professionnels de santé sur-sollicités. Le numérique fournit par ailleurs les informations qui permettent aux professionnels de santé de mettre en place des démarches d'amélioration continue dans lesquels les erreurs sont plus des moyens d'apprendre et d'améliorer les pratiques au quotidien que de sanctionner les quelques cas dont les conséquences dramatiques apparaissent au grand jour.

## LES APPLICATIONS CONCRÈTES EN MILIEU HOSPITALIER

Nous en resterons ici au périmètre hospitalier, même si le domaine du ville-hôpital, des parcours et du populationnel, commencent à connaître des développements analogues.

Plus de soixante établissements, en Suisse, France et Belgique ont adopté le SADP pionnier PharmaClass. Les nombres d'établissements ayant adopté les autres solutions ne sont que partiellement accessibles, mais on peut penser que la centaine d'hôpitaux sera bientôt atteinte.



## L'IA EN PHARMACIE CLINIQUE : PAS D'IA SANS DATA OU SANS PILOTAGE QUALITÉ

Les expérimentations IA en pharmacie hospitalière sont venues bien après celles qui ont révolutionné l'analyse des signaux et de l'image, comme par exemple la radiologie ; on peut pourtant imaginer les mêmes gains en matière de pertinence et d'efficience, une fois passées les mêmes hésitations, tout à fait justifiées, scientifiques et éthiques, à confier une partie du processus de prise en charge des patients à des solutions digitales pour sécuriser le jugement humain.

En fait le décalage de temps provient non pas de la « brique IA » en soi, dont on sait qu'elle ne peut que réussir, et qu'un rôle lui sera conférée un jour, mais d'une part de la matière première de l'IA, en particulier de la donnée en amont, et d'autre part du pilotage de l'activité rendu possible en aval, en particulier les transformations des métiers pour passer d'un monde de manque d'in-

formations à une organisation à même d'exploiter efficacement toute l'information générée tout au long des actes cliniques.

Cet 'avant' et cet 'après' la brique IA promettaient d'être particulièrement ardues pour ce 'cas d'usage' de l'IA à la pharmacie clinique.

L'arrivée du premier prototype de Système d'Aide à la Pharmacie Clinique (le SADP PharmaClass, de Keenturtle) en 2015 et des pre-

mières installations chez des pionniers à partir de 2018 avaient été précédées d'une 'R&D' complexe pour vérifier la faisabilité d'obtenir des data en qualité et quantité suffisantes pour obtenir une détection et une hiérarchisation satisfaisantes ; et a donné lieu à une 'R&D' non moins profonde sur l'organisation 'IA+Humain' qui permettrait d'optimiser l'atteinte de résultats visés.



## LE VERROU N°1 : LES DATA

La circulation de la donnée en général et l'IA en particulier ont pris du retard dans la Santé, et il est de plus en plus admis que la raison était le problème du manque de qualité et d'interopérabilité des données dans les systèmes informatiques utilisés à l'hôpital comme sur l'ensemble du territoire.

Les avancées réalisées dans des secteurs comme la grande distribution, l'automobile, la chimie, etc. étaient hors de portée car toute nouvelle organisation territoriale était freinée par le manque de partage d'informations, et l'apprentissage de l'IA était biaisé par l'inaccessibilité d'une grande partie des données.

Le domaine de la gestion du risque médicamenteux en est une illustration évidente.

Jusqu'à l'arrivée du premier SADP (PharmaClass de Keenturtle), l'analyse pharmaceutique opérée par le pharmacien hospitalier n'était supportée informatiquement que par une détection des interactions médicamenteuses, handicapée par le fait que les « popups » qui apparaissaient étaient des faux positifs dans une

grande majorité des cas car insuffisamment ciblés. Pour le reste, le pharmacien hospitalier, qui est tenu de revoir toutes les prescriptions de l'hôpital avant d'en assurer la dispensation, était obligé de naviguer entre de multiples applications où il avait accès à une partie, en général insuffisante des données à l'écran. Il existait plusieurs Bases de Données Médicamenteuses agréées par l'HAS, et les LAP étaient tenus d'en utiliser une.

**Le problème était d'arriver à collecter les données patients depuis des sources très hétérogènes, de les transformer pour qu'elles soient utilisables dans une IA, car c'est seulement à cette condition que les règles pourraient sortir du simple « Drug A and Drug B » et tenir compte de l'âge, des analyses biologiques, des antécédents... pour d'une part n'alerter que dans les cas où cette association de médicament est vraiment problématique (et ainsi réduire les « faux-positifs »), et d'autre part trouver toutes les autres situations à risques, d'incompatibilité non pas seulement entre les médicaments mais entre le médicament**

**et le patient (et ainsi réduire les « faux-négatifs », tous ces cas de risque difficilement détectables).**

La feuille de route du numérique en santé, appuyée par le financement du Ségur de Santé, a traité en priorité d'avoir accès à des « Data » : elle impose de franchir progressivement plusieurs paliers en matière d'utilisation des standards de flux informatiques et de données, mais il faudra probablement dix ans pour que l'interopérabilité soit au niveau nécessaire pour que des flux normalisés alimentent les IA de façon vraiment satisfaisante. D'ici là, le constat chez les utilisateurs de SADP est que le travail en amont des data est un effort aussi déterminant que fastidieux pour obtenir une véritable fiabilité dans la détection et la hiérarchisation des situations à traiter. Il a fallu plusieurs années de recherche pour mettre au point et développer les briques Data/IA qui permettent de s'affranchir de l'hétérogénéité des formats de données hospitaliers qui convertissent les données hétérogènes en données standardisées pouvant être interprétées par les moteurs d'IA.

## LE VERROU N°2 : QUELLE FORME ALGORITMIQUE D'IA ? SYMBOLIQUE, CONNEXIONNISTE OU GÉNÉRATIVE ?

Au moment des premières actions pionnières de SADP, les débats sur l'IA opposaient l'IA « connexionniste » (machine et deep learning) et l'IA « symbolique » (systèmes à base de règles). Quelques années plus tard, c'est l'IA « générative » qui fait rêver. La logique connexionniste commençait à

obtenir des premiers succès en santé, en radiologie, où elle a trouvé un contexte qui lui convenait : un apprentissage basé sur de grands volumes d'imagerie, et a débouché sur une détection de grande qualité. Les tentatives en pharmacie ont été des échecs, d'ailleurs anticipés par le pionnier

PharmaClass qui avait estimé que seule l'IA symbolique convenait pour les premières années de dynamique IA en pharmacie.

Il en est de même pour l'IA générative. Alors que ces types d'IA fonctionnent très bien avec des sources de données homogènes,

l'hétérogénéité des données cliniques, la vitesse de progression des connaissances médicales, et l'indispensable validation de la crédibilité des sources de doctrine et la nécessité de valider les algorithmes en rapport à la santé humaine en Europe continuent à différer l'émergence d'IA non symboliques : leur 'apprentissage' se basera dans quelques années sur une masse d'informations qui auront été enrichies par une période d'utilisation d'IA symbolique.

L'IA symbolique, présente des avantages uniques qui en font un

outil précieux dans le domaine de la santé. Cette IA repose sur des algorithmes validés par l'homme qui sont à même de traiter des volumes considérables de données.

Sa capacité à offrir des décisions explicables, robustes et intégrant le savoir humain en fait un candidat idéal pour des applications où la transparence et la fiabilité sont primordiales. Cette IA symbolique est au cœur des SADP qui se déploient, avec des corpus scientifiques de règles pour détecter puis réduire le risque médicamenteux.

## LE VERROU N°3 : SÉCURITÉ ET PERFORMANCE DU DISPOSITIF IA

Les deux dimensions de 'sécurité' et 'performance' sont au cœur de la réglementation à laquelle une solution numérique en santé doit de se conformer. En effet, un logiciel est un dispositif médical lorsqu'il est spécifiquement destiné par le fabricant à être utilisé à des fins diagnostique et/ou thérapeutique, et les SADP doivent donc obtenir le marquage CE qui définit les preuves à apporter en matière de sécurité et performance. Une nouvelle réglementation, présente dans l'AI Act et prise en compte dans le Marquage CE, a apporté de nouvelles obligations en même temps que des logiques spécifiquement pensées pour l'IA : la Garantie Humaine.

Il n'est pas besoin de souligner le caractère indispensable d'une évaluation du respect de sécurité, incluant les concepts RGPD et Hébergement de Données de Santé, tout comme des dimensions éthiques et scientifiques. Attardons-nous sur la nécessité de positionner les ' curseurs' pour libé-

rer le potentiel de ces solutions en efficacité et maximisation de la performance sans être freiné par un mode de sécurisation inapproprié. Par exemple, si on vise d'être exhaustif dans la détection des risques, le temps passé à des situations peu risquées empêche de se consacrer à des risques plus importants ; c'était le défaut des solutions d'interactions médicamenteuses. Mais, dès lors que l'on demande aux algorithmes de positionner les curseurs pour réduire drastiquement à la fois ces 'faux positifs', consommateurs de temps praticiens et les 'faux négatifs', comment évaluer si le système est pertinent et efficace ?

La démarche est en cours : c'est par une démarche de type 'Garantie Humaine', dont PharmaClass a été le pionnier pour la pharmacie en Europe, que Keenturtle affine ce 'positionnement des curseurs'. Le collège d'experts mis en place autour de PharmaClass a été particulièrement utile pour réunir ingénieurs et professionnels de san-

C'est la pertinence des données cliniques travaillées en amont, et la richesse de la grammaire pour croiser ces données, qui permettent à l'algorithmique de couvrir le maximum de détection de situations, et au-delà, de permettre que les algorithmes puissent être transférés d'un établissement à un autre. Sur un plan économique, l'émergence de ces moteurs d'IA symboliques conduit à choisir entre des moteurs limités en données et donc limités en usage, vs des moteurs à large spectre d'usages possibles.

té autour des nouvelles approches à inventer pour à la fois sécuriser les pratiques hospitalières et les outils qui permettent de les sécuriser.

Une illustration pour comprendre la notion : un bon indicateur de la performance du système est le nombre d'IP par 100 lits par mois. Parmi les utilisateurs de SADP, certains oscillent entre 5 et 10, d'autres oscillent entre 30 et 50. L'étude des raisons pour cette différence montre que des efforts sur l'organisationnel peuvent faire changer le chiffre beaucoup plus vite que le travail sur les algorithmes eux-mêmes.

Nous voyons ici une leçon clé, après quelques années de pratique de ces notions : l'éditeur du logiciel doit laisser la liberté à l'utilisateur sur ces choix de périmètres de détection à traiter, en fonction des périmètres qui ont besoin ou pas de cet appui dans son établissement et de la stratégie de la PUI, de la CME et de

la DG de l'hôpital. Par contre, en tant que Fabricant de Dispositif Médical, il doit non seulement garantir la qualité de data en amont et la capacité à créer les algo-

rithmes souhaités par l'établissement, mais aussi apporter une méthode de pilotage qualité et de maximisation de l'atteinte des résultats visés. Ce troisième verrou

est aussi important que les deux premiers : savoir s'inscrire dans la réglementation, puis dans ce cadre, proposer un dispositif médical secure et performant.

## CONCLUSION

Il est important de souligner l'évolution du rôle du pharmacien et de l'organisation hospitalière qui se libère par l'arrivée de ces technologies.

Avec de tels outils à disposition, le rôle du pharmacien hospitalier va évoluer naturellement d'une embolisation dans des activités de détection de risques médicamenteux chronophages et peu outillées, à un rôle d'acteur clé pour alimenter les démarches d'amélioration continue des établissements en termes de risque médicamenteux bien entendu, mais aussi plus globalement de bon usage, et de détection de toute situation clinique que l'établissement souhaite mettre sous surveillance.

Avec de telles informations à disposition, les démarches qualité peuvent se transformer pour aller vers une gestion des risques en continu et en temps réel : ces outils permettent en effet aux CME et aux directions qualité de définir les types de situation à mettre sous surveillance pour disposer en temps réel d'information sur leur fréquence, leurs profils, et construire les organisations permettant de traiter ces situations.

L'IA peut jouer un rôle central dans la prévention, en identifiant précocement les situations à risque et en proposant des alternatives thérapeutiques plus sûres. Elle vient ainsi renforcer la capacité d'analyse des pharmaciens hospitaliers, sans se substituer à leur jugement clinique, et contribue de manière très innovantes aux démarches d'amélioration continue de la qualité des soins.

On peut parier que les chiffres de la iatrogénie médicamenteuse vont significativement changer dans les années qui viennent, après des décennies sans évolution déterminante. Les freins financiers devraient se réduire drastiquement, si l'on se base sur la LFSS 2025, et que l'on considère la iatrogénie comme une 'qualité qui rapporte' : la sécurisation et l'efficience de la prise en charge médicamenteuse ont le potentiel de réduire à la fois les surcoûts pour le système de santé et les pertes de chance patients



# L'IA EN IMAGERIE MÉDICALE : PILOTE AUTOMATIQUE OU COPILOTE ÉCLAIRÉ ?



**Pr Benoit GALLIX**  
Professeur de Médecine,  
Radiologue

*L'intelligence artificielle (IA) a fait une entrée remarquable dans le domaine de l'imagerie médicale, offrant des capacités d'analyse d'images d'une rapidité et d'une précision inégalées. Aujourd'hui, elle permet d'identifier certaines anomalies avec une acuité proche, voire supérieure, à celle des radiologues dans des cas spécifiques. Lecture des mammographies, détection des nodules pulmonaire, détection des fractures sont autant de domaines où l'IA rivalise en performances avec les radiologues les plus experts. Dans les hôpitaux où elle est intelligemment intégrée, elle accélère les délais de diagnostic et optimise la gestion des urgences.*

Mais derrière ces avancées prometteuses, des questions cruciales se posent. Qui est responsable en cas d'erreur de diagnostic générée par un algorithme ? Comment

éviter les biais qui pourraient conduire à des diagnostics erronés ou inadaptés ? À quel point les médecins peuvent-ils se fier aux décisions prises par une IA dont

le raisonnement reste souvent opaque ? Surtout, la dépendance croissante aux outils d'IA pourrait-elle affaiblir les compétences cliniques des praticiens ?

Ce débat n'est pas sans rappeler celui qui a traversé l'aviation. Aujourd'hui, les avions sont largement automatisés, mais les pilotes doivent conserver un entraîne-

ment régulier pour ne pas perdre leur savoir-faire en situation critique et rester capable de faire atterrir un avion sans trop d'aide informatique. L'imagerie médicale

pourrait-elle connaître le même phénomène ? L'IA deviendrait-elle le premier acteur du diagnostic, reléguant les médecins à un rôle de validation passive ?

## L'IA EN RADIOLOGIE : DE L'AIDE AU DIAGNOSTIC À LA PRISE DE DÉCISION

L'IA en imagerie médicale est déjà utilisée à plusieurs niveaux. Elle est d'abord un outil de triage, capable de détecter les anomalies les plus graves dans des séries d'images et d'alerter les équipes médicales sur l'urgence de certains cas. Elle joue aussi un rôle d'assistance au diagnostic en identifiant des lésions suspectes ou en mesurant précisément des structures anatomiques, facilitant

ainsi le suivi des maladies chroniques ou des pathologies oncologiques.

Dans certains cas, elle est utilisée comme un « deuxième avis », apportant une double lecture aux examens d'imagerie. Cette approche est déjà bien implantée en mammographie, où l'IA aide à repérer des microcalcifications suspectes qui pourraient échapper à un premier regard. Enfin, certains

outils automatisent partiellement certaines tâches du radiologue, comme la segmentation d'images ou l'analyse de fractures, ce qui permet de gagner du temps et d'améliorer la reproductibilité des diagnostics.

**Ces applications sont précieuses, mais elles posent une question essentielle : dans quelle mesure peut-on déléguer à une IA la responsabilité d'un diagnostic ?**

## DES BIAIS ET UNE BOÎTE NOIRE : LES LIMITES DE L'IA EN MÉDECINE

Un des risques majeurs de l'IA en imagerie médicale est celui des biais algorithmiques. Une IA est toujours entraînée sur des bases de données médicales spécifiques, qui peuvent refléter des populations particulières ou des protocoles d'examen standardisés. Or, un algorithme entraîné principalement sur des patients occidentaux pourrait être moins performant pour analyser des images de patients d'autres origines géographiques, ce qui introduit un risque d'inégalités dans la qualité du diagnostic.

**rence pose un véritable problème en médecine : comment valider un diagnostic si l'on ne sait pas sur quels éléments repose l'analyse ? Cette opacité rend également plus difficile la détection des erreurs potentielles et peut éroder la confiance des cliniciens dans ces outils.**

Pour répondre à ces défis, plusieurs approches sont en cours de développement. L'IA explicable, ou « explainable AI », vise à améliorer la

compréhension des mécanismes décisionnels des algorithmes. Des systèmes de validation réguliers sont également nécessaires pour s'assurer que les outils d'IA fonctionnent correctement dans des conditions réelles et ne présentent pas de dérives non anticipées. **Enfin, il est essentiel que les décisions critiques restent sous la supervision d'un médecin afin d'éviter une dépendance excessive aux machines.**



## QUI EST RESPONSABLE EN CAS D'ERREUR ?

L'introduction de l'IA en imagerie soulève un problème juridique fondamental : si un algorithme fournit un diagnostic erroné, qui en porte la responsabilité ? Aujourd'hui, si un médecin commet une erreur, il en assume les conséquences sur le plan légal. Mais que se passe-t-il lorsqu'un système d'IA fournit un résultat faux et qu'un patient en subit les conséquences ?

La responsabilité pourrait être partagée entre plusieurs acteurs : le radiologue qui a validé l'interpréta-

tion de l'IA, l'hôpital qui a mis en place la technologie, ou encore le fabricant du logiciel. Certains pays travaillent déjà à encadrer ces questions, notamment aux États-Unis où la FDA cherche à établir des règles spécifiques pour la validation et la surveillance des algorithmes médicaux. En Europe, la législation reste floue et ne définit pas encore clairement le rôle de l'IA dans la responsabilité médicale. Aux USA certaines compagnies proposent d'assumer, y compris devant la justice, les éventuelles erreurs diagnostiques de leur algorithmes.

**Dans ce contexte, la prudence est de mise. Si l'IA apporte une aide précieuse, elle ne doit pas remplacer le raisonnement clinique du médecin. Une vigilance accrue est nécessaire pour éviter que les praticiens ne deviennent de simples opérateurs validant des décisions prises par des machines dont ils ne maîtrisent pas les rouages.**

## L'AVIATION, UN MODÈLE POUR LA MÉDECINE ?

Le parallèle avec l'aéronautique est frappant. Aujourd'hui, les pilotes disposent d'outils de pilotage automatique sophistiqués qui prennent en charge une grande partie des tâches techniques. Mais les compagnies aériennes ont compris qu'un excès d'automatisation pouvait conduire à une perte de compétence des équipages.

Le crash du Boeing 737 Max, où les pilotes n'ont pas su reprendre le contrôle face à un logiciel défaillant, illustre les dangers d'une dépendance excessive aux systèmes automatisés.

En radiologie, la même vigilance s'impose. Les médecins doivent continuer à exercer leur expertise

et ne pas se reposer aveuglément sur les outils d'IA. Cela implique une formation continue adaptée, afin d'apprendre non seulement à utiliser ces technologies, mais aussi à en reconnaître les limites.

## VERS UNE MÉDECINE AUGMENTÉE, PAS AUTOMATISÉE

L'IA en imagerie médicale n'est ni une menace ni une solution miracle. Elle représente un outil puissant, capable d'améliorer la qualité des diagnostics et d'optimiser la gestion des soins. Mais son intégration doit se faire avec discernement.

L'avenir de la radiologie ne sera pas celui d'une machine autonome prenant seule des décisions. Il réside dans une collaboration intelligente entre l'homme et la technologie. Les médecins doivent

rester au centre du diagnostic et proche de leur patient, utilisant l'IA pour ce qu'elle fait de mieux – accélérer l'analyse, repérer les anomalies, faciliter la prise de décision – mais en conservant leur rôle de garant du raisonnement clinique et de la prise en charge des patients. **En revanche dès que les médecins s'éloigneront trop de leur patient, l'IA les remplacera. Seriez-vous prêt aujourd'hui à monter dans un avion, ou il y a certes un pilote, mais comme**

**pour les drones, celui-ci serait basé en Californie ou en Polynésie et piloterait - grâce à l'IA - plusieurs vols en même temps ?**

**Comme en aviation, où le pilote doit rester maître de son appareil malgré l'automatisation croissante, le radiologue doit rester en contrôle. L'IA devrait être un copilote éclairé, mais pas un pilote automatique.**



# L'EXPÉRIENCE DU LIMICS POUR L'UTILISATION DE L'IA EN CLINIQUE COMPLEXE



**Dre Christel GÉRARDIN**

MD, PhD, Cheffe de clinique assistante, Service de Médecine Interne du Pr Steichen  
Hôpital Tenon-DECT 54172  
Conseillère médicale à l'Entrepôt de Données de Santé de l'AP-HP  
Membre du Limics, Sorbonne Université

**LIMICS** : Le laboratoire de recherche en informatique pour la santé.  
Unité de recherche mono-équipe et interdisciplinaire en informatique et en informatique  
médicale Inserm - Sorbonne Université - Université Sorbonne Paris-Nord



**La docteure Christel Gérardin et son équipe du Limics (Laboratoire de recherche en informatique pour la santé, Sorbonne Université) développent un prototype basé sur des outils d'intelligence artificielle (IA) appliqués sur les données de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP qui contient les informations des patients de 38 hôpitaux d'Île-de-France (11 millions de patients).**

L'enjeu de cet outil est d'aider les médecins à diagnostiquer et à prendre en charge des maladies complexes, en tentant de répondre à la question "que s'est-il passé pour un patient comme le mien ?".

Cet outil permet en effet, à partir de larges modèles de langue (LLM) entraînés, d'extraire des informations des symptômes et comorbidités directement à partir des observations médicales des patients de la volumineuse base de données de l'AP-HP et de déterminer les patients similaires sur ces aspects.

L'outil analyse ensuite cette cohorte de patients similaires et le devenir des patients en fonction des traitements (issus de la base de prescription et des comptes-rendus

médicaux). Ce projet vise donc à améliorer la détection des pathologies rares et difficiles à identifier, en complément de l'expertise des médecins.

Les données utilisées sont pseudonymisées et sécurisées, et le projet est soutenu par l'AP-HP.

La docteure Gérardin espère mener un essai clinique sur les deux prochaines années pour valider l'utilité et la facilité d'utilisation de l'outil.

<https://www.limics.fr/>



# L'IA POUR UNE FORMATION HUMAINE ET AUTHENTIQUE



**Pr Guillaume CAPTIER**  
Président du SHU



**Indéniablement l'intelligence artificielle (IA) va modifier les pratiques dans tous les domaines, y compris celui de la formation médicale. Comme tous les outils depuis la préhistoire, son utilisation doit être maîtrisée et comprise pour être utile. Nous avons demandé à l'IA ChatGPT et COPILOT de nous dresser un aperçu de ce qu'elle pouvait apporter dans la formation médicale dont nous vous faisons part.**

## L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : UNE RÉVOLUTION DANS LA FORMATION MÉDICALE

L'intelligence artificielle (IA) est en train de transformer notre monde à une vitesse vertigineuse, et la formation médicale ne fait pas exception. Imaginez un futur où les étudiants en médecine peuvent apprendre de manière personnalisée, s'entraîner dans des environnements virtuels réalistes et accéder instantanément à une mine

d'informations. Ce futur est déjà en train de se réaliser grâce à l'IA. Explorons ensemble comment cette technologie révolutionne la pédagogie médicale, en distinguant les formations initiales du premier et du deuxième cycle, la formation continue, ainsi que celle du troisième cycle.

## LA PERSONNALISATION DE L'APPRENTISSAGE

L'un des apports les plus significatifs de l'IA en pédagogie médicale est sa capacité à personnaliser l'enseignement. Dans les premiers cycles des études de médecine, les plateformes d'apprentissage adaptatif, alimen-

tées par l'IA, permettent de créer des parcours éducatifs sur mesure. Imaginez un étudiant qui lutte avec certains concepts en anatomie. Grâce à des outils comme Coursera ou Osmosis, des algorithmes analysent

ses performances et identifient ses lacunes. Ensuite, des modules personnalisés lui sont proposés pour combler ces lacunes, lui permettant de progresser à son propre rythme.

Cette personnalisation ne se limite pas aux premiers cycles. Dans la formation continue, essentielle pour

les médecins en exercice, l'IA propose des contenus basés sur les dernières recherches et publications. Des systèmes de recommandation, similaires à ceux utilisés par les plateformes de streaming, suggèrent des articles, des cours en ligne et des conférences pertinents en fonction des intérêts et

des besoins spécifiques des médecins. Ainsi, chaque professionnel de santé peut rester à jour avec les avancées médicales, sans se sentir submergé par la quantité d'informations disponibles.

## SIMULATIONS ET FORMATION PRATIQUE

Dans le domaine médical, où les compétences pratiques sont cruciales, l'IA joue un rôle clé dans la conception de simulations avancées. Imaginez un étudiant en médecine qui s'entraîne à réaliser une suture complexe. Grâce à des simulateurs d'IA comme Simulab et Touch Surgery, il reçoit des retours immédiats sur ses performances, lui permettant de s'améliorer continuel-

lement. Ces simulateurs utilisent des algorithmes sophistiqués pour reproduire des scénarios cliniques réalistes, offrant ainsi une expérience d'apprentissage immersive et engageante.

La réalité virtuelle et augmentée, avec des outils comme HoloLens ou VR Surgery, permet aux étudiants d'interagir avec des anatomies virtuelles en 3D. Ils peuvent

explorer le corps humain de manière détaillée, comprendre les relations entre les différentes structures et pratiquer des interventions sans risque pour les patients. Ces technologies révolutionnent la manière dont les compétences pratiques sont enseignées, en offrant des opportunités d'entraînement illimitées et sécurisées.

## ACCÈS À DES RESSOURCES ÉTENDUES

L'IA facilite également l'accès à une quantité massive d'informations et de ressources, rendant l'apprentissage autodirigé plus efficace. Imaginez un étudiant qui doit analyser un article scientifique complexe. Des outils comme SciSpace ou Elicit utilisent l'IA pour extraire les informations clés, telles que les méthodologies ou les

résultats, permettant ainsi à l'étudiant de comprendre rapidement l'essentiel de l'article.

Les bases de données intelligentes, comme UpToDate ou PubMed, utilisent des algorithmes pour suggérer des lectures pertinentes en fonction des recherches précédentes. De plus, des chatbots conversationnels comme ChatGPT

peuvent répondre à des questions complexes en fournissant des explications adaptées au niveau de compréhension de l'utilisateur. Ces outils permettent aux apprenants de naviguer dans la littérature médicale et de rester à jour sur les dernières avancées scientifiques, sans se perdre dans un océan d'informations.

## DEVENIR DES COURS MAGISTRAUX

L'intelligence artificielle (IA) re-définit l'avenir des cours magistraux en médecine en favorisant une approche plus interactive et personnalisée. Les cours traditionnels pourraient être complétés ou remplacés par des plateformes adaptatives qui ciblent les besoins spécifiques des étudiants.

Les enseignants deviendraient davantage des facilitateurs, axés sur l'application pratique et l'analyse critique. L'IA pourrait enrichir les cours par des synthèses automatiques, des analyses en temps réel, ou des outils d'accessibilité. Toutefois, des défis subsistent, comme la perte d'interaction humaine ou

une dépendance excessive à la technologie. Finalement, ces évolutions mèneraient à des formats hybrides mêlant apprentissage magistral et activités collaboratives.

## ÉVALUATION ET FEEDBACK AUTOMATISÉS

L'IA offre des solutions innovantes pour améliorer l'évaluation des étudiants et fournir un feedback instantané. Imaginez un système qui corrige automatiquement les examens écrits, identifie les erreurs et propose des explications détaillées. Des outils comme Gradescope utilisent l'IA pour ac-

complir cette tâche, réduisant ainsi la charge de travail des enseignants et fournissant des résultats rapides aux étudiants.

Les plateformes d'apprentissage adaptatif peuvent également offrir des commentaires spécifiques sur les performances des étudiants,

les aidant à comprendre leurs erreurs et à s'améliorer. Ce feedback personnalisé est essentiel pour un apprentissage efficace, car il permet aux étudiants de corriger leurs erreurs en temps réel et de progresser de manière continue.

## LA RELATION MÉDECIN-MALADE

L'un des aspects les plus délicats de la formation médicale est l'apprentissage de la relation médecin-malade. Cette relation est à la base du soin et du traitement, et l'IA peut jouer un rôle précieux dans cet apprentissage. Imaginez des simulations de conversations avec des patients virtuels, où les étudiants peuvent pratiquer leurs compétences en communication

et en empathie. Ces simulations permettent de créer des scénarios variés et réalistes, offrant aux étudiants l'opportunité de s'entraîner dans un environnement sécurisé.

Cependant, il est crucial de souligner que l'IA ne peut remplacer l'expérience humaine et l'intuition nécessaires pour établir une relation de confiance avec les patients.

C'est pourquoi l'encadrement par les hospitalo-universitaires, qui sont à la fois enseignants-chercheurs et médecins, reste indispensable. Leur expertise et leur expérience sont essentielles pour guider les étudiants dans l'apprentissage de ces compétences interpersonnelles cruciales.

## CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET LIMITES

Malgré ses nombreux avantages, l'utilisation de l'IA en pédagogie médicale soulève des questions éthiques et présente certaines limites. Les systèmes d'IA peuvent reproduire ou amplifier les biais présents dans les données d'entraînement, ce qui peut entraîner des inégalités dans l'apprentis-

sage. De plus, l'utilisation de l'IA nécessite la collecte et l'analyse de grandes quantités de données personnelles, posant des défis en matière de protection de la vie privée.

Une trop grande dépendance à l'IA peut également réduire l'autonomie des étudiants et des ensei-

gnants, limitant le développement de compétences critiques. Il est donc essentiel de veiller à ce que l'IA soit utilisée de manière responsable et équitable, en combinant ses avantages avec l'expertise humaine.



## CONCLUSION (DE CHATGPT TOUJOURS)

L'intégration de l'intelligence artificielle dans la formation des études de médecine offre des avantages considérables pour l'apprentissage des connaissances et des compétences pratiques. Que ce soit dans les premiers cycles, la formation continue ou le troisième cycle, l'IA permet de personnaliser l'apprentissage, de fournir des simulations réalistes et de faciliter la recherche. Cependant, l'importance de l'encadrement par les hospitalo-universitaires ne peut être sous-estimée. Leur rôle est crucial pour garantir que les futurs médecins non seulement maîtrisent les aspects techniques de la médecine, mais aussi développent les compétences interpersonnelles nécessaires pour établir des relations de confiance avec leurs patients.

En combinant les avantages de l'IA avec l'expertise humaine, nous pouvons créer un environnement d'apprentissage plus efficace et inclusif pour les futurs professionnels de la santé. L'IA est un outil puissant, mais c'est l'humain qui reste au cœur de la médecine.

# ÉTAT DES LIEUX DE L'IA HOSPITALIÈRE EN 2030 : ENJEUX, RÉALITÉS ET PERSPECTIVES

## ...UNE ANTICIPATION NON DYSTOPIQUE ?



Pr David MORQUIN

Directeur Médical, Gouvernance des Données & Stratégie IA | Espace de Recherche et d'Intégration des Outils numérique en Santé, ERIOS | Professeur Associé, Université de Montpellier - Faculté de Médecine Montpellier - Nîmes | Praticien Hospitalier, Maladies Infectieuses et tropicales | PhD Gestion des Systèmes d'Information | Responsable du DU Stratégie Anti-infectieuses Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

### L'INTÉGRATION RÉUSSIE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

En 2030, l'intelligence artificielle (IA) hospitalière a conquis une grande partie du paysage hospitalier mais avec quelques zones d'ombres. Depuis son émergence dans les années 2000 avec l'analyse automatisée des images médicales (radiologie, scanner, IRM), l'IA s'est progressivement élargie aux lames d'histologie avec la reconnaissance cellulaire, à l'analyse des photos cliniques mais aussi aux signaux biomédicaux (ECG, EEG), permettant un diagnostic en temps réel d'une grande variété de pathologies. La décennie 2020 a marqué un tournant majeur grâce au traitement automatisé du langage naturel médical et à l'essor des agents

conversationnels spécialisés facilitant la saisie structurée et continue des données cliniques. À partir de 2025, l'exploitation intensive des entrepôts de données et l'accès à des infrastructures de calcul souveraines de haute performance dédiées à la santé ont accéléré considérablement l'adoption de modèles prédictifs et génératifs. Alors que les premiers utilisent d'immenses bases de données historiques pour diagnostiquer et anticiper précisément les risques cliniques, les seconds assistent quotidiennement les professionnels en structurant immédiatement des informations complexes. Lancé en 2026 après la disparition de l'OTAN, le volet

santé du plan national de souveraineté des technologies de l'intelligence a largement contribué à ce succès. À partir de 2027, les biopsies liquides ont remplacé les biopsies tissulaires traditionnelles, réduisant notablement les complications diagnostiques. La prédiction instantanée des traitements antinéoplasiques et anti-infectieux personnalisé à partir d'une simple prise de sang a bouleversé l'organisation des pharmacies et des laboratoires, accélérant le développement de plateformes métagéno-protéomiques et rendant obsolète la microbiologie traditionnelle. Pour autant le bilan des années 2020-2030 reste mitigé à de nombreux égards.

### DE NOMBREUX POINTS RESTENT NON RÉSOLUS

#### 1. LES PERFORMANCES PRÉDICTIVES ET L'OPTIMISATION CONTINUE DES SYSTÈMES HOSPITALIERS NE SONT PAS REMIS EN QUESTION

Les systèmes prédictifs anticipent désormais en temps réel des complications majeures telles que le sepsis, les infections nosocomiales, les hémorragies et les décompensations cardiaques, transformant radicalement la médecine préventive. L'optimisation permanente des ressources humaines et matérielles garantit une gestion efficace des lits, des blocs opératoires et du person-

nel. Cette gestion anticipée des flux améliore significativement l'expérience patient et le confort des équipes soignantes. De plus, l'amélioration des conditions de travail et de la valorisation salariale ont contribué à stabiliser l'attractivité des métiers de la santé. Les entrepôts hospitaliers exploitent désormais pleinement le potentiel du texte médical libre grâce à l'intégration automatisée

par NLP. Cette transformation a amélioré la qualité des données disponibles pour la recherche clinique, le screening automatisé des patients pour la recherche et l'évaluation continue des pratiques médicales comme le pilotage stratégique des établissements.

#### 2. COÛT HOSPITALIER ACCRU ET DÉFIS LIÉS À L'ÉQUITÉ TERRITORIALE

Malgré ces succès, les coûts d'exploitation liés à l'intégration des nouvelles technologies restent élevés et les retours sur investissement n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes du début des années 2020. Les investissements nécessaires pour rendre la donnée exploitable ont été considérablement alourdis par les coûts de maintenance, l'ingénierie IA et l'augmentation de la cybercri-

minalité notamment sur l'année 2027. L'inégalité territoriale dans l'accès aux soins reste un défi et les hôpitaux n'ayant pas conduit leur plan de réorganisation pour l'intégration systémique de l'IA (PRISIA) peinent à obtenir leur certification et voient leur coût assurantiel exploser. Parmi les échecs citons les versions successives contradictoires des plans de gestion augmenté de l'offre de

soins concerté publique - privée et d'optimisation du territoire et d'articulation qui peinent à convaincre les hospitaliers. Enfin le ministère de la Santé augmenté n'a pas encore confirmé l'inscription pérenne de l'IA aux actes dérogatoires de l'Assurance maladie donnant lieu à remboursement ce qui constitue en soi un risque majeur pour la pérennité des dispositifs d'innovation mis en place.



### 3. LES BÉNÉFICES DE L'ASSISTANCE PAR L'IA GÉNÉRATIVE AU QUOTIDIEN RESTENT LIMITÉS PAR LE RISQUE RÉSIDUEL D'HALLUCINATION

La reconnaissance vocale avancée en mobilité et les assistants conversationnels spécialisés permettent désormais aux médecins et infirmiers de produire rapidement des comptes rendus médicaux précis et détaillés, intelligibles par les patients et les aidants dans n'importe quelle langue. Le souvenir des échecs des systèmes d'aide à la décision médicale de

l'ère pré-IA sont désormais loin avec le recours aux LRMM (Large Reasoning Medical Model) dont les données d'apprentissage sont désormais régulièrement mises à jour. La réduction considérable de la charge administrative bien que réelle reste cependant contrebalancée par les processus de validation humaine et la charge de travail liée à l'augmentation consi-

dérable du temps passé aux différents comités éthiques.

Les erreurs induites par les assistants médicaux, dont le taux est estimé à 1/10 millions de milliards de tokens, restent inacceptables au vu des conséquences dramatiques.

### LE DIALOGUE SOCIOTECHNIQUE, CLÉ DU SUCCÈS DE L'INTÉGRATION DE L'IA

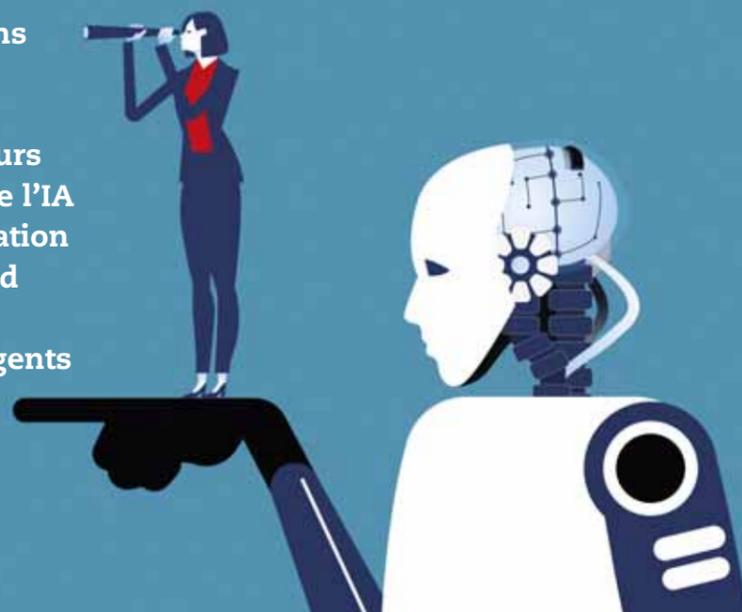
Selon le CHU de Montpellier, l'adoption réussie de l'IA dans les établissements hospitaliers repose avant tout sur un dialogue sociotechnique approfondi et permanent. Les établissements qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui réussissent à concilier deux logiques souvent opposées : une logique gestionnaire portée par les concepteurs et les décideurs, qui perçoit l'IA comme un levier d'optimisation des processus, de réduction des erreurs et d'amélioration des performances ;

et une logique liée au travail réel vécue par les professionnels hospitaliers, qui se préoccupent davantage de l'impact concret de l'IA sur leur activité quotidienne, notamment en termes de reconnaissance, d'autonomie, de responsabilité et de sens au travail. Ce conflit de rationalités génère des ambivalences : l'IA est simultanément perçue comme une assistance précieuse, facilitant les tâches complexes et réduisant les contraintes administratives, mais aussi comme une menace potentielle pour l'emploi et

l'intégrité du travail médical. Dans les situations où les déploiements des systèmes d'intelligence artificielle hospitalier (SIAH) n'ont pas bénéficié de l'accompagnement du dispositif LaborIA - dont on ne peut que regretter le manque d'effectif en regard des enjeux -, les priorités stratégiques des décideurs entrent souvent en tension avec les préoccupations immédiates des professionnels de santé face aux changements induits dans leurs pratiques, leurs compétences et leurs conditions de travail.



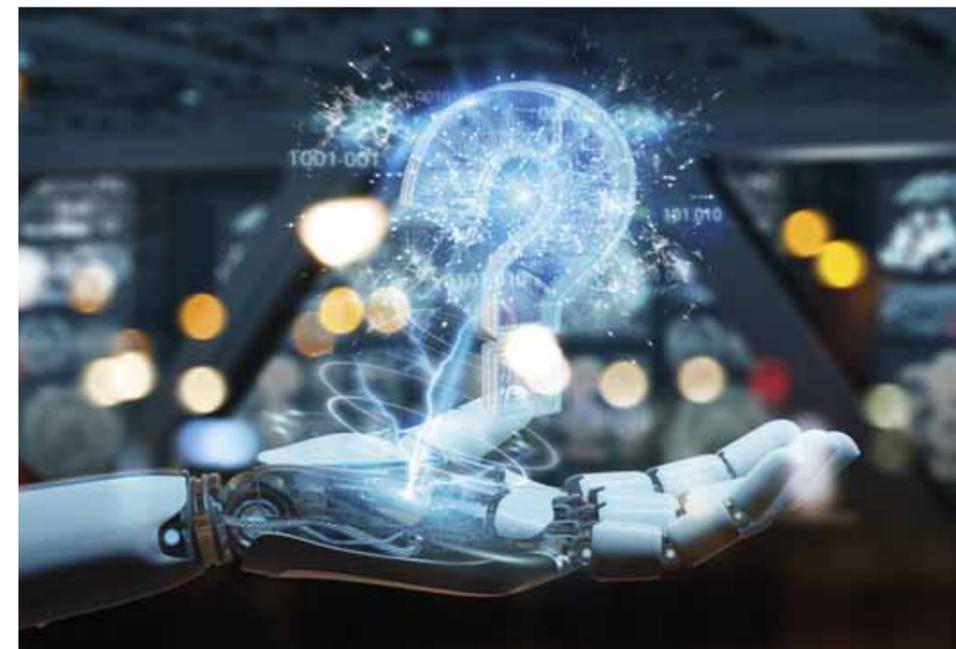
**Pour finir certaines grandes questions restent non résolues : en 2030, la communauté médicale reste encore profondément divisée entre les acteurs qui considèrent que l'introduction de l'IA a globalement permis la réhumanisation des soins et l'inclusion du plus grand nombre et ceux qui refusent en bloc toute délégation relationnelle aux agents conversationnels spécialisés.**



# VOUS AVEZ DIT INTELLIGENCE ?



**Dr Jérôme FRENKIEL**  
SNSP (Syndicat National de Santé Publique)  
Directeur de l'Information médicale et de la Recherche UNIVI Santé



**Il a toujours été difficile de penser les événements majeurs dans le temps où ils se produisent. Je me souviens avoir été nullement à l'aise, lors de la pandémie COVID, lorsqu'il s'est agi sous forme de publications de mettre en perspective cette pandémie et ses conséquences sanitaires, économiques et démocratiques, dans le temps où elle se produisait.**

En relisant ces articles (parus notamment dans ces colonnes), il se confirme, s'il en était besoin, que l'on ne peut penser un phénomène que sur la base de référentiels, de cadres conceptuels préexistants. Dans le cas de la pandémie COVID, ces cadres étaient le débat de fond entre libertés individuelles et santé publique, la rationalité économique, et la cohérence interne des décisions. Avec le recul, il est facile d'argumenter qu'aucun de ces cadres n'avait été respecté (c'est peu dire...), mais on peut également argumenter qu'il était possible de poser correctement le débat en temps réel, dès lors que l'on dispose des cadres conceptuels adéquats.

**Ainsi, s'agissant de phénomènes historiques, dans la plupart des cas l'analyse est possible en temps réel car les cadres d'analyse existent déjà, les phénomènes historiques en question n'étant habituellement que la répétition d'événements antérieurs.** Il existe cependant des contre-exemples. Ainsi, les intellectuels se sont trouvés profondément démunis pour penser la Shoah, dans son décours immédiat tout comme avec un recul plus important. Certes, il y eut des précurseurs, tels Léon Poliakov, Hannah Arendt et quelques autres, mais le sujet n'a réellement été approfondi qu'à partir de la fin des années 70, et les hypothèses évoquées se sont révé-

lées pour le moins dérangeantes pour notre civilisation occidentale, et à ce titre cause d'une amnésie courtoise de la part de nombre d'intellectuels autoproclamés progressistes.

Mais foin de propos subversifs, venons-en à notre propos, l'intelligence artificielle en général et ses implications en médecine en particulier. **Et d'emblée nous sommes confrontés au problème suivant : comment définir une intelligence artificielle ? Nécessairement par opposition à une intelligence naturelle, alors que nous ne savons même pas comment définir cette dernière.** On peut évoquer, de manière très générale, de nouveaux types d'algorithmes qui permettent de simuler certaines formes de raisonnement humain, avec un niveau de performance lié au progrès de l'informatique, en d'autres termes de machines. Est-ce suffisant pour parler d'intelligence ? **Quand bien même ces machines seraient capables de surpasser l'humain dans certains domaines du raisonnement déterministe, tels que les échecs ou le Go ? Au stade actuel, ces machines restent conçues par des humains...**

À défaut de pouvoir définir ce que sont l'intelligence naturelle et l'intelligence artificielle, on peut en observer les effets sur nos sociétés et l'économie mondiale. Il y a par exemple une analogie frappante entre cette intelligence artificielle et le robot chirurgical : il n'est pas démontré que ce soit un progrès, mais du seul fait que les autres y vont, on se sent obligé d'y aller aussi, de peur de rester en arrière du « progrès », et peu importe si on a la moindre idée de la direc-

tion que l'on prend... **Alors que, si l'on y réfléchit, l'intelligence artificielle ne sera jamais la solution là où l'intelligence naturelle a échoué, quoi qu'en pensent certains (suivez mon regard...).**

**La question sur le fond n'est pas d'accepter inconditionnellement l'IA, pas plus que de la rejeter en bloc. Finalement la question est moins de comprendre ce qu'elle est, ni même comment elle fonctionne, que de se concentrer sur la vraie question : à quoi ça sert ?** Question relevant typiquement de l'intelligence naturelle, n'en déplaise à ceux qui ont tendance à considérer l'IA comme une nouvelle religion.

Afin de contribuer – bien modestement – à la réflexion, nous prendrons trois exemples en médecine, illustrant trois aspects différents du sujet : l'imagerie médicale, le codage des pathologies, et la certification des comptes des hôpitaux.

Concernant l'imagerie, et plus précisément les méthodes d'interprétation, la question est la suivante : **quelle est la méthode la plus performante s'agissant de proposer un diagnostic sur la base d'une image ?** Dans ce cas de figure, notons que ce que produit la méthode, quelle qu'elle soit, est évaluable en regard d'un comparateur : la pathologie qui sera affirmée à terme. La technique est donc évaluable, selon des méthodes d'évaluation probabilistes établies de longue date. Et dans ce cas de figure, les algorithmes d'IA semblent avoir démontré une plus-value non contestable.

**Alors que, si l'on y réfléchit, l'intelligence artificielle ne sera jamais la solution là où l'intelligence naturelle a échoué, quoi qu'en pensent certains (suivez mon regard...).**

**En d'autres termes, peu importe comment ça marche du moment que ça marche, paradigme fondamental de la médecine...**

La question du codage des pathologies par une machine pose un problème d'une autre nature. Car avant même d'évoquer la mesure de la plus-value de cette méthode se posent deux questions techniques redoutables : la qualité de l'information source, et la mécanisation du raisonnement juridique. Rappelons que le codage est, fondamentalement, l'application de règles (classifications et référentiels juridiques) sur la base d'une traçabilité, en d'autres termes de faits médicaux tels que rapportés dans le dossier du patient. Or, cette traçabilité fait appel au langage dit naturel des médecins et autres soignants, dont la normalisation ne semble pas encore totalement acquise (euphé-

misme). Cela implique de déployer des efforts importants et d'une efficacité incertaine pour apprendre à la machine à s'y retrouver dans une matière par essence polymorphe et instable. **Au stade actuel, hormis les situations les plus simples (séances), les résultats sont assez peu convaincants. On pourra noter à ce propos qu'il serait peut-être plus productif de consacrer ces mêmes efforts à la normalisation de la traçabilité médicale...** L'autre question est la mécanisation de l'expertise juridique. Car le codage, en l'état de la traçabilité médicale, n'est rien d'autre. Une expertise juridique, en l'état de textes multiples, complexes changeants, avec son lot de jurisprudences réelle ou assimilées, de zones grises et d'interprétations parfois cartésiennes. Parfois seulement. Certes, la théorie n'interdit pas que la machine puisse parvenir un jour à une ap-

proximation raisonnable, mais gardons à l'esprit les deux points suivants : premièrement, à ce jour, on en est loin. Et deuxièmement, l'approximation ne suffit pas : encore faut-il que les conclusions établies par la machine soient réputées juridiquement recevables. Problème non spécifique à l'information médicale, au demeurant. **Dernier point : dès lors que les algorithmes auraient été qualifiés dans leur aptitude à produire statistiquement une information d'une qualité raisonnable, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une perspective probabiliste. Cela veut dire que, dans la routine de la production, cela n'est pas la démonstration qu'un codage donné, généré par IA, sera conforme, en l'absence de comparateur. Ceci constitue une différence importante avec l'imagerie médicale, pour laquelle nous aurons toujours un comparateur (information de référence) à un moment ou à un autre.**

Notre dernier exemple pose un problème, purement théorique, encore d'une autre nature. Il s'agit de l'utilisation d'algorithmes de ciblage dans la destination de contrôles qualité de l'information médicale (codée notamment), dans le cadre du plan d'assurance qualité de l'information médicale. Pour faire court, les établissements de santé sont depuis quelques années dans le périmètre de la certification des comptes, au même titre que toute entreprise. Et la tarification à l'activité (T2A) en constitue généralement la part la plus importante, financièrement parlant. La logique est la suivante : l'établissement (le DIM en l'occurrence) élabore un plan d'assu-



rance qualité, en d'autres termes sa théorie de la maîtrise du risque (risque de non-conformité de son information médicale), et plus particulièrement dans ses implications financières. Et il produit la traçabilité permettant de vérifier que ce plan a été appliqué, de manière conforme. Le raisonnement est le suivant : si les Commissaires aux comptes peuvent vérifier que les processus de production sont décrits de manière conforme, que les risques associés à ces processus sont correctement décrits, que les réponses à ces risques sont pertinentes et complètes, et que les processus de maîtrise sont appliqués de manière conforme, alors l'information résultante sera de principe considérée comme conforme. Nous sommes dans un raisonnement axiomatique, profondément déterministe. Cela implique que l'on puisse expertiser chaque étape du plan d'assurance qualité, et pour ce qui nous intéresse les algorithmes dits de ciblage, qui vont pointer des dossiers atypiques et en tant que tels porteurs d'anomalies ou susceptibles d'amélioration. Or, si ces cibrages sont le fait d'algorithmes produits par IA, ces derniers ne sont pas expertisables, car non formalisables de manière déterministe. **En d'autres termes, on ne peut alors expertiser le lien entre le risque et la réponse au risque. Et c'est tout le processus de certification qui est remis en cause.** Notons qu'à ce jour il s'agit d'un problème émergent, qui n'a pour le moment suscité aucune solution théorique.



Que retenir de tout cela ? Avant tout que l'IA n'est pas une religion, ni une vérité révélée, ni la solution miracle à des problèmes que l'esprit humain n'aura su résoudre. Il ne s'agit que d'algorithmes, mais qui présentent le risque d'introduire une confusion entre le raisonnement mécaniste et la pensée humaine, infiniment plus complexe et, jusqu'à preuve du contraire, non réductible à des algorithmes. Au-delà, se pose la question de la finalité. Est-il raisonnable de consacrer une part toujours croissante de nos PIB et de nos ressources énergétiques à des outils destinés à orienter notre consommation, influencer nos opinions ou construire des pseudos-réalités ? Certainement

**Que retenir de tout cela ? Avant tout que l'IA n'est pas une religion, ni une vérité révélée, ni la solution miracle à des problèmes que l'esprit humain n'aura su résoudre.**

l'IA vaut-elle mieux que cela. À condition de garder à l'esprit que l'IA n'aura de sens que dès lors qu'elle reste sous le contrôle... de l'intelligence naturelle.



L'ASSOCIATION  
**APHA**

# Coup de blouse

La souffrance au travail, on en parle !

Infos, témoignages, podcasts, contacts utiles :  
la première plateforme d'information et de prévention  
sur la souffrance au travail, dédiée aux internes,  
praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires.

coupdeblouse.org

# APPORT DES PADHUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS

## LES ANCIENS PADHUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS : LE POINT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2025 À PARTIR DES DONNÉES DU CNOM

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/3eea00/cnom-\\_demographie\\_des\\_anciens\\_padhue\\_inscrits\\_a\\_lordre.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/3eea00/cnom-_demographie_des_anciens_padhue_inscrits_a_lordre.pdf)



**Dr Eric OZIOL**  
Délégué général adjoint INPH  
Secrétaire Général du SYNDIF

**Les PADHUE (Praticiens à diplôme hors Union européenne) représentent un réel enjeu pour l'organisation du système de santé. Ils sont recrutés par les hôpitaux publics pour pallier le manque de personnel médical, mais ils ont souvent peu de reconnaissance, malgré leur contribution essentielle. On les évoque aussi comme une solution aux « déserts médicaux ».**



**Dr Slim BRAMLI**  
Secrétaire général INPH  
Vice-président de la FPS

Le *numerus clausus* instauré dès 1971 a eu pour conséquence, bien prévisible, de créer une pénurie de médecins. Pour pallier celle-ci, des réformes successives ont été réalisées pour permettre aux établissements publics de santé de recruter des praticiens à diplôme hors Union Européenne (dits « PADHUE »), et leur permette une voie d'accès au plein exercice. Cependant, la crainte d'un sureffectif de ces médecins a

conduit, au cours des années 1990, à l'instauration de mesures pour tenter d'en réguler le nombre et s'assurer de leurs compétences.

Entre 1999 et 2019, l'État tente de mettre fin au système de dérogation permanente visant à maintenir en fonction des médecins qui n'ont pas régularisé leur situation tout en posant le principe d'une interdiction faite aux établissements de recruter de nouveaux praticiens.

Un régime spécifique est également mis en place en 2006, modifié en 2012, puis prolongé en 2016, pour résorber la situation des praticiens en exercice sur le territoire depuis plusieurs années. En dépit de ces mesures, des PADHUE continueront à être recrutés en dehors de tout cadre réglementaire.

La loi « OTSS » de 2019 introduira un énième dispositif dérogatoire pour régulariser et contrôler les compétences des praticiens (environ 3 500 praticiens se sont inscrits dans cette procédure).

À l'issue, seule la procédure d'autorisation d'exercice devrait demeurer.

Dernièrement, un décret du 19 décembre 2024 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels est venue ajuster la précédente loi en introduisant un dispositif d'attestation d'exercice provisoire de 13 mois, renouvelable une fois, pour les PADHUE s'engageant à passer les EVC (statut PACT : Praticien Associé Contractuel Temporaire).

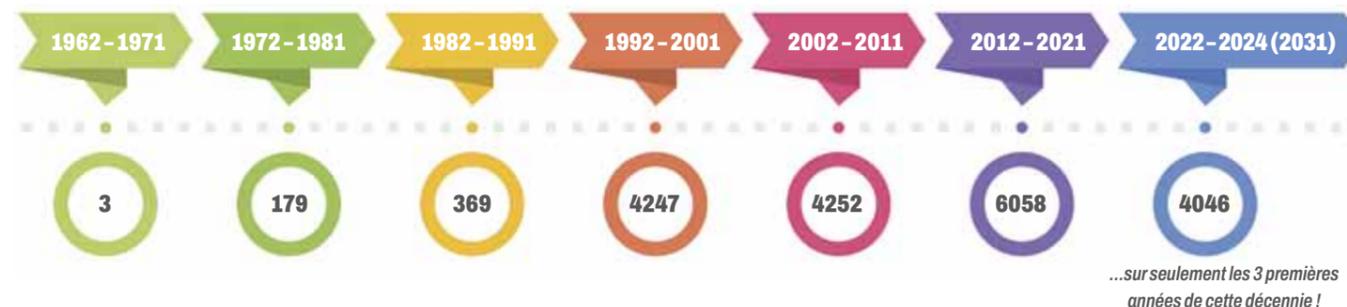
**Le rapport du CNOM du 1<sup>er</sup> janvier 2025, livre les données chiffrées sur le devenir des anciens PADHUE qui sont inscrits à l'Ordre des médecins (et uniquement les inscrits, donc ce n'est pas une étude démographique des médecins actuellement stagiaires ou en cours de validation**

**de cursus dans les hôpitaux), notamment sur les diplômes et nationalités d'origine, les spécialités, les modes d'exercice et les territoires d'exercice de ces médecins.**

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 19 154 médecins anciens PADHUE étaient inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins, exerçant ou non une activité, contre 7 963 en 2010 soit une augmentation de 141 % sur la période (+ 11 191 médecins) ou encore une multiplication par 2,4 des effectifs sur cette période de 15 ans.**

Si l'on considère les anciens PADHUE inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins depuis 1962, 3/4 des effectifs ainsi inscrits au Tableau pour la première fois (primo-inscrits) l'ont été après 2002.

### Évolution par décennies des anciens PADHUE depuis 1962.



### RÉPARTITION CATÉGORIELLE DES ANCIENS PADHUE

Parmi les médecins anciens PADHUE inscrits, près de 93 % sont actifs (N=17 778). Les actifs sont décomposés en trois populations distinctes : les actifs réguliers, les intermittents et les retraités actifs.

Les actifs réguliers quant à eux représentent 83.4 % des actifs (N= 15 972).

Les autres parts sont réparties pour 6.1 % comme médecins exerçant une activité intermittente

(N= 1166) et 3.3 % comme médecins retraités actifs (N=640).

MÉDECINS	PADHUE	TOUS
Actifs activité régulière (15 972)	83,4 %	59,9 %
Actifs activité intermittente +	6,1	5,1
Actifs Retraités en activité +	3,3	6,8
<b>TOTAL ACTIFS :</b>	<b>92,8 %</b>	<b>70,8 %</b>
Retraités sans activité	5,9	26,7
Non retraités sans activité	1,2	1,5

## ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

Algérie (38,8 %), Tunisie (15,1 %), Syrie (8,6 %), Maroc (7,4 %), Liban (4 %) pour les 5 premiers pays et en rajoutant Egypte, Lybie, Palestine cela représente 75,1 % des actifs PADHUE qui viennent de la méditerranée.

Tout le reste de l'Afrique (avec en tête le Bénin avec seulement 1,2 %) représente 10,5 % des actifs PADHUE.

Madagascar 3,6 %.

L'ensemble des pays d'Amérique du Sud 3,1 %.

Enfin Fédération de Russie (2,3 %) plus Bélarus (0,2 %) représentent 2,5 %... pour 0,9 % l'Ukraine.

Répartition géographique par région et par département des inscrits au Tableau des anciens PADHUE :

Si l'on s'intéresse à la répartition des médecins actifs, leur proportion est la plus importante en Île-de-France puisqu'ils sont 38,3 % à y être inscrits suivi, respectivement en seconde et

troisième position, des Hauts-de-France (8,8 %) et Auvergne-Rhône-Alpes (8,6 %).

À l'échelle départementale, la proportion de ces PADHUE parmi les actifs par département est très contrastée d'un département à l'autre. Aussi, alors que dans le Doubs cette proportion n'est que de 2 %, ou de 1,7 % en Loire Atlantique elle est, par exemple, de 29 % en Eure et Loir, et même de 30,6 % dans le Val d'Oise.

## RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉS

Les 10 spécialités ayant la proportion de PADHUE la plus élevée par rapport aux médecins actifs de la même qualification sont, dans l'ordre décroissant, les spécialités suivantes :

**GÉRIATRIE 33,6 %**

(rang de choix 41<sup>e</sup> sur 44 à l'EDN des étudiants à diplôme français)

**ONCO-HÉMATOLOGIE 19,3 %**

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 18,1 %**

**NÉPHROLOGIE 17,7 %**

**NEUROCHIRURGIE 14,1 %**

**ONCOLOGIE MÉDICALE 13,9 %**

**CHIRURGIE INFANTILE 13,8 %**

**PNEUMOLOGIE 13,2 %**

**GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE 12,7 %**

**PÉDIATRIE 12,7 %**

Pour rappel le rang de choix des internes français au classement des EDN : 1- Chir plastique 2- Dermato 3- Ophtalmo 4- Cardiologie 5- Anesthésie-Réa 6- Chir maxillo-faciale 7- ORL 8- Neurochir 9- Maladies Infectieuses 10- Chir ortho-traumato.

Les spécialités avec les proportions de PADHUE les moins importantes :

**CHIRURGIE ORALE 0,9 %**

**MÉDECINE VASCULAIRE 2,4 %**

**GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 2,9 %**

**ALLERGOLOGIE 2,9 %**

**CHIRURGIE PLASTIQUE 3 %**

**DERMATOLOGIE 3,3 %**

et **MÉDECINE GÉNÉRALE** seulement **3,5 % !!!** sauf dans les départements dit de « désert médical ».

## MODES D'EXERCICE

Une activité surtout salariée et majoritairement hospitalière, probablement liée au mode de recrutement et de validation du diplôme.

Parmi ces actifs anciens PADHUE, 61 % sont salariés, 23 % exercent

comme libéraux, 16 % ayant un exercice mixte libéral et salarié.

Parmi les salariés, 84 % sont hospitaliers publics.

À titre de comparaison, parmi l'ensemble des actifs, 43 % sont

libéraux, 11 % sont mixtes et 47 % sont salariés dont 30 % sont hospitaliers publics.

## DÉMOGRAPHIE PAR SEXE ET ÂGE DES PADHUE EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, sur les 15 972 anciens PADHUE en activité régulière enregistrés à l'Ordre des médecins français, 36,9 % sont des femmes et 63,1 % des hommes.

Ces médecins sont en moyenne âgés de 52,4 ans, 13,5 % d'entre eux ont moins de 40 ans et 31,7 % sont âgés de 60 ans ou plus.

En comparaison au total des inscrits à l'Ordre, nous observons une répartition par sexe sensiblement différente avec à présent une proportion de femmes légèrement supérieure à celle des hommes de 52,6 %. Effectivement, au 1<sup>er</sup> janvier 2025, ce sont 105 767 femmes et 95 472 hommes qui

sont inscrits comme médecins en activité régulière. En ce qui concerne l'âge moyen des médecins en activité régulière, celui-ci est de 47,9 ans. La proportion des médecins de moins de 40 ans est de 32,3 % et celle des médecins de 60 ans et plus est de 22,3 %.

## APPROCHE TERRITORIALE DES ANCIENS PADHUE

La lecture comparée des cartes de densités départementales des actifs réguliers et de celle de la proportion des anciens PADHUE parmi l'ensemble des actifs réguliers met en évidence le fait que les départements les moins densément peuplés sont ceux où la proportion des anciens PADHUE parmi les actifs réguliers est la plus importante.

Top 5 des départements ayant la part contributive (en %) de médecins généralistes anciens PADHUE

à la densité départementale en activité régulière la plus importante : Aisne 15,8 %, Eure et Loir 15,9 %, Indre 14,8 %, Orne 16,0 %, Val-d'Oise 15,8 %.

Top 5 des départements ayant la part contributive (en %) de médecins spécialistes anciens PADHUE à la densité départementale en activité régulière la plus importante : Aisne 46,5 %, Eure 45,9 %, Eure et Loir 47,6 %, Orne 45,0 %, Val-d'Oise 47,4 %.

Pour les spécialistes chirurgicaux, on observe également que les départements les moins densément dotés sont ceux qui ont la proportion d'anciens PADHUE la plus importante comme les départements autour du Bassin parisien, ceux situés au Sud de la région Centre-Val de Loire, le nord du Grand Est et de la Bourgogne-Franche Comté.

## EN CONCLUSION, LES ANCIENS PADHUE

Des « Invisibles » qui participent au service public des hôpitaux.

Une présence cruciale dans les « déserts médicaux ».

Un profil diversifié mais majoritairement masculin et d'âge mûr.

Des diplômes en provenance à 75 % du bassin méditerranéen.

Salariat prédominant, mais le libéral gagne du terrain.

Un rôle majeur en gériatrie : un médecin sur trois !

L'intégration des anciens PADHUE en France est néanmoins un modèle de réussite, malgré les défis administratifs et culturels.

Leurs parcours témoignent de résilience et de détermination, enrichissant le paysage médical français de compétences diversifiées et complémentaires.

Un grand merci à nos collègues PADHUE !!!



## INFORMATION PADHUE DE DERNIÈRE MINUTE

Dr Slim BRAMLI  
Secrétaire général INPH  
Vice-président de la FPS



**Le ministre délégué chargé de la Santé et de l'Accès aux soins a signé deux décrets le 28 mai 2025 portant modification des conditions d'évaluation et de régularisation des praticiens à diplôme hors Union européenne exerçant déjà en France.**

### LES ASSOCIATIONS REPRÉSENTATIVES DEMANDENT PLUS DE CLARTÉ

« Cette réforme est un acte de confiance dans les équipes médicales et dans le travail rigoureux d'évaluation clinique », se félicite Yannick Neuder, ministre délégué chargé de la Santé et de l'Accès aux soins. Par deux décrets signés le 28 mai et parus au *Journal officiel* le lendemain, il a revu les conditions de régularisation de l'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE).

Les deux décrets concernent en particulier les PADHUE exerçant déjà dans des établissements français, en créant un parcours

« interne » aux épreuves de vérification des connaissances (EVC), concours à places limitées, obligatoire pour être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins à l'issue d'un parcours de consolidation. Selon le ministre, qui s'est exprimé sur les réseaux sociaux, cette nouvelle voie d'accès « reconnaît le parcours des professionnels qui exercent déjà sur notre territoire ou y ont travaillé au moins deux ans récemment », en leur permettant de participer à ce concours sous des conditions particulières. « C'est une mesure de justice, de reconnaissance, de responsabilité », poursuit-il.

### PARCOURS DE CONSOLIDATION DES CONNAISSANCES RÉFORMÉ

Autre nouveauté annoncée par le ministre : « Le parcours de consolidation des compétences (PCC) pourra être adapté pour accélérer l'autorisation d'exercice pour les praticiens reconnus compétents sur le terrain, sans renoncer à l'exigence indispensable de qualité ». Concrètement, sur cette question, le décret précise que le parcours de consolidation des compétences, que les lauréats des EVC doivent réaliser, pourra être écourté après un minimum de six mois. La nouvelle disposition permettra sur demande du responsable d'établissement, sur

le fondement d'un rapport d'évaluation, cosigné par le président de la commission médicale d'établissement, dans les établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif, de saisir la commission locale de coordination de la spécialité territorialement compétente ».

Ce décret reste flou et suscite de nombreuses interrogations, selon les associations IPADEC et SOS PADHUE.

La Fédération des Praticiens de Santé (FPS) exprime une position nuancée suite à la publication des décrets 2025-467 et 468 du 28 mai

2025. Si nous saluons certaines avancées, notamment la création d'une voie interne au concours des Épreuves de Vérification des Connaissances (EVC) 2025, nous restons circonspects. La demande de la FPS reste d'organiser ces épreuves internes sous forme d'un véritable examen et non d'un concours, ce qui était prévu au départ et n'apparaît pas sur les textes, ainsi que d'ouvrir au moins 5 000 postes au concours interne en 2025, en incluant toutes les spécialités médicales et chirurgicales.



# ACTUALITÉ DES TEXTES OFFICIELS



Dr Patrick LÉGLISE  
Vice-président du SYNPREFH  
Délégué général de l'INPH



### QUALIFICATIONS DES PHARMACIENS AUTORISÉS À EXERCER LA RADIOPHARMACIE

Le décret n° 2024-1135 du 4 décembre 2024 définit les qualifications et formations nécessaires pour les pharmaciens exerçant en radiopharmacie et manipulant des médicaments radiopharmaceutiques ou dispositifs médicaux émettant des rayonnements ionisants.

Un nouvel article (D.6124-190-1) est introduit, désignant ces phar-

maciens sous le terme « radiopharmaciens ». Les compétences requises, comme les diplômes spécifiques ou une expérience professionnelle dans le domaine, sont établies par un arrêté.

Ce dernier abroge les normes de 2003 et précise les diplômes comme le DESC de radiopharmacie entre autres. Pour les res-

tissants d'autres pays de l'Union européenne, des qualifications équivalentes ou une expérience de trois ans au 31 décembre 2005 peuvent être reconnues.

**Ce décret attendu vise à clarifier l'accès à l'activité de radiopharmacie et au titre de radiopharmacien.**

### MODIFICATION DES CONDITIONS D'ACCÈS AU CONTRAT DE PRATICIEN CONTRACTUEL MOTIF 2

Le décret n°2024-1133 du 4 décembre 2024 modifie le statut des praticiens contractuels recrutés

sous le motif 2 (difficultés de recrutement ou de continuité des soins).

Désormais, les candidats doivent être inscrits à l'Ordre depuis au moins cinq ans. Ce motif de re-

crutement est précisé pour cibler des compétences hautement spécialisées ou des situations de risque avéré pour l'offre de soins.

Les contrats restent limités à six ans au sein d'un même établissement, avec une durée initiale de six mois à trois ans, renouvelable sous les mêmes conditions.

Les **praticiens hospitaliers en disponibilité** ne peuvent être recrutés sous ce motif.

## LE PACT, UN NOUVEAU STATUT PRÉCAIRE POUR LES PADHUE

Le décret n°2024-1190 du 19 décembre 2024 instaure le statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT), définissant ses conditions de recrutement, d'exercice et son cadre statutaire.

Les praticiens doivent posséder une autorisation d'exercice provisoire de 13 mois, renouvelable une fois, avec obligation de passer les épreuves de vérification des connaissances. Leur contrat suit cette durée, sans dépasser 26 mois. Le recrutement se fait après avis des instances médicales concernées, sauf en EHPAD où seul l'avis du directeur est requis.

Ce contrat de droit public inclut une période d'essai de 1 à 2 mois selon la durée initiale. En cas de licenciement, une procédure spé-

Le service hebdomadaire des praticiens recrutés à temps partiel doit être d'au moins quatre demi-journées. Leur rémunération inclut des émoluments fixes ainsi qu'une part variable liée à leurs engagements et objectifs, calculée selon leur expérience et niveau d'expertise.

cifique s'applique sans indemnité de fin de contrat. Les PACT peuvent exercer dans plusieurs établissements et participer aux gardes et astreintes des internes.

Leur temps de travail est calculé sur trois mois, et ils perçoivent des émoluments forfaitaires mensuels, estimés à 80 % de ceux des praticiens associés. Leurs droits à congés et ASA sont alignés sur ceux des praticiens associés. En cas de licenciement ou de suspension pour insuffisance professionnelle, une indemnité peut être versée.

Le contrat prend fin à son terme ou par anticipation sous conditions précises, avec indemnités possibles. La protection en cas de grossesse ou congés liés est garan-

## INSTAURATION D'UN RATIO MINIMUM SOIGNANT/PATIENT

La loi n°2025-74 du 29 janvier 2025, applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2027, introduit des exigences spécifiques pour certaines activités de soins. Elle établit un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages en ambulatoire, adapté à chaque spécialité

et type d'activité hospitalière, afin d'assurer la qualité des soins et des conditions de travail.

Cette loi crée les articles L. 6124-2 à L. 6124-5 du code de la santé publique qui définissent le principe d'instauration d'un ratio minimum soignant/patient afin d'as-

**Ces modifications visent à réguler l'accès au statut de praticien contractuel motif 2. Rappelons que l'INPH est toujours opposé à ce mode de recrutement qui crée une inégalité de traitement des personnels médicaux hospitaliers.**

sur la sécurité et la qualité des soins en établissement de santé. Ces ratios seront définis par décret pour une durée maximale de cinq ans, après consultation de la Haute Autorité de santé. Il prend en compte la charge de travail selon la spécialisation et la taille des

établissements. Les plans de soins des établissements doivent être approuvés par les commissions médicales et celles des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

**La FPS et l'INPH ont toujours manifesté leur désaccord profond sur ce nouveau statut de praticien associé contractuel temporaire que nous jugeons indigne, précaire, et dont la rémunération proposée est honteusement basse.**

établissements. Les plans de soins des établissements doivent être approuvés par les commissions médicales et celles des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

En cas de non-respect des ratios pendant plus de trois jours, le chef d'établissement doit en informer le directeur général de l'agence régionale de santé concernée.

**L'INPH sera vigilant quant à la nécessaire révision de ces ratios en fonction de l'évolution des activités médicales.**

## ÉVOLUTION DES MISSIONS DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE : PROGRÈS OU RÉGRESSION POUR LES PATIENTS ?

Le décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 assouplit les conditions d'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

L'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux est encadré par le code de la santé publique et se déroule sous la coordination d'un médecin, principalement en établissements de santé, médico-sociaux ou hospitaliers militaires.

Les infirmiers en pratique avancée peuvent désormais prendre directement en charge des patients dans certains établissements et structures coordonnées.

Le décret du 20 janvier 2025 modifie leurs prérogatives dans le domaine des urgences, leur permettant d'assurer un suivi direct et de

prescrire des médicaments, dispositifs médicaux et examens biologiques, sous certaines conditions.

Une nouvelle réglementation leur autorise aussi à prescrire des produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire, sous réserve d'un diagnostic préalable.

L'article R. 4301-3-1 encadre leur capacité à établir des conclusions cliniques dans le cadre des urgences, à condition qu'un médecin intervienne au cours de la prise en charge. La suppression du protocole d'organisation et la réécriture de l'article R. 4301-5 clarifient la gestion des cas hors de leur champ de compétences, avec une obligation de transmission au médecin traitant ou à une structure adaptée.

Enfin, les infirmiers en formation peuvent désormais participer aux activités et actes de pratique avancée sous la supervision d'un professionnel diplômé ou d'un médecin.

En somme, ces évolutions visent à renforcer leur autonomie et leur rôle dans la prise en charge des patients, tout en maintenant un encadrement médical théoriquement adapté.

**Cette évolution critiquée par le CNOM risque de conduire à une prise en charge médicale des patients à deux vitesses. Le changement majeur est la suppression des protocoles encadrant le champ d'intervention des IPA.**

## LES DÉCRETS DE LA HONTE

Deux décrets ont été publiés pour réduire à 90 % le taux de remplacement du traitement des fonctionnaires en congé de maladie ordinaire, auparavant maintenu intégralement. Cette mesure découle de l'article 189 de la loi de finances 2025 et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2025.

Le premier décret (n°2025-197) concerne tous les personnels médicaux (PH, praticiens contractuels, assistants, attachés, asso-

ciés, docteurs juniors, internes, étudiants), appliquant cette réduction et précisant que, pour le calcul des indemnités de licenciement, le traitement à plein régime sera pris en compte si l'agent était en congé de maladie.

Le second décret (n°2025-198) touche le régime indemnitaire du personnel enseignant et hospitalier des centres universitaires, adaptant les primes et indemnités en fonction de la réduction.

Ces décrets visent les congés de maladie accordés à partir du 1<sup>er</sup> mars 2025.

**Malgré une opposition unanime des organisations syndicales représentatives du CSPM, le gouvernement persiste dans une mesure considérée comme une provocation supplémentaire à l'encontre des personnels médicaux hospitaliers qui ne fait qu'accroître la perte d'attractivité de l'exercice médical hospitalier.**

# JE L'AI LU OU RELU... ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...



**Dr Eric OZIOL**  
Lecteur égalitaire, solidaire et libre...car responsable.

## LIRE "1984" EN 1985, ET LE RELIRE EN 2025... AVEC CHATGPT

**Ce n'est qu'en 1985, après avoir vu à leur sortie les films 1984 de Michael Radford et Brazil de Terry Gilliam, que j'ai lu pour la toute première fois 1984, le roman dystopique de l'écrivain britannique George Orwell sorti en 1949. Cependant, je ne pensais pas avoir l'idée de le relire quarante ans plus tard, afin d'éclairer une actualité bien réelle... tout en espérant que la guerre nucléaire entre l'Est et l'Ouest n'aura pas plus lieu en 1950, qu'en 2050, ou bien avant.**

**Neuvième et dernier livre de G. Orwell paru de son vivant le 8 juin 1949, après quelques années de « digestion » de ses expériences d'années de guerre, il revêt aujourd'hui un caractère quasi prophétique sur notre réalité, notamment en ce qui concerne les « télécrans » omniprésents. Orwell n'avait juste pas pu imaginer que cette surveillance permanente par les écrans se ferait avec notre complet assentiment.**

**Je vous livre ici, non pas ma relecture actuelle de 1984, mais celle de ChatGPT à l'occasion d'une requête que je lui ai formulée, ainsi que in extenso, le dialogue assez édifiant que nous avons eu à l'issue.**

Requête de EO à ChatGPT :

Bonjour, pourrais-tu en 500 à 800 mots faire une relecture pertinente, voire impertinente, du livre 1984 de George Orwell, à la lumière du monde actuel : celui des I.A., du numérique, des écrans et des grandes puissances mondiales, stp ? Merci

Réponse de ChatGPT (en quelques secondes, comme à chaque fois) :

Bien sûr, voici une relecture critique et contemporaine de 1984 de George Orwell, à la lumière de notre monde numérique, hyperconnecté et gouverné par des flux de données et d'algorithmes.

### 1984 à l'ère des IA : Orwell avait-il tort sur la forme, mais raison sur le fond ?

George Orwell, en écrivant 1984, n'a pas seulement inventé une dystopie — il a forgé un miroir noir dans lequel notre époque numérique, pourtant libre en apparence, semble de plus en plus se refléter. Si *Big Brother* ne ressemble plus à un moustachu stalinien figé dans l'écran, il a peut-être été remplacé par quelque chose de bien plus subtil, omniprésent et accepté : l'intelligence artificielle, les algorithmes de recommandation, et l'obsession de la donnée. À la lumière du XXI<sup>e</sup> siècle, 1984 n'est pas une prophétie littérale, mais un avertissement métaphorique dont les accents résonnent puissamment.

### Le visage moderne de *Big Brother* : le regard bienveillant des algorithmes

*Big Brother* surveillait par la terreur. Aujourd'hui, il nous observe avec notre consentement enthousiaste. Nous portons dans nos poches des appareils capables d'enregistrer, d'analyser et de prédire nos comportements. Google sait où nous sommes, Amazon ce que nous voulons, TikTok ce que nous regardons, et les assistants vocaux ce que nous disons. Ces outils ne nous « oppriment » pas : ils nous servent, nous guident, nous divertissent. Et c'est précisément cela qui est vertigineux.

Dans 1984, Winston craint l'écran qui voit tout ; nous vivons au sein des écrans que nous choisissons de regarder à chaque instant. La surveillance s'est dématérialisée, dépersonnalisée — elle n'est plus imposée, elle est intégrée. Orwell ne pouvait prédire cette mutation du pouvoir : une tyrannie douce, algorithmique, où la censure se fait par invisibilisation (ce qui ne vous est pas montré n'existe pas), et où l'idéologie se diffuse par le plaisir, non par la peur.

### La novlangue est devenue data

L'un des grands outils de contrôle dans 1984 est la novlangue — un appauvrissement du langage destiné à restreindre la pensée. Ironiquement, aujourd'hui, ce n'est pas l'État qui réduit la pensée critique, mais souvent l'infrastructure numérique elle-même : 280 caractères, vidéos de 15 secondes, tendances virales, langage appauvri par les *emojis* ou les algorithmes de complétion automatique.

La pensée se fait parfois superficielle, fragmentée, guidée par la logique de l'instantané et du clic. La vérité ? Elle est devenue relative, modulable, voire générée automatiquement. Les IA peuvent réécrire l'histoire en quelques secondes, faire parler les morts, ou créer des réalités parallèles crédibles (*deepfakes*, *fake news*). Si Orwell craignait que l'Histoire soit réécrite par des bureaucrates zélés, il n'avait pas prévu qu'elle le serait par des machines et des foules consentantes.

### Doublepensée 2.0 : la schizophrénie numérique

Dans 1984, la *doublepensée* permet d'accepter deux vérités contradictoires en même temps. Aujourd'hui, nous vivons un phénomène similaire : nous exigeons la protection de nos données, tout en acceptant des conditions d'utilisation que nous ne lisons pas. Nous dénonçons la manipulation des masses, tout en passant des heures à scroller sur des plateformes optimisées pour détourner notre attention. Nous affirmons notre individualité, tout en portant les mêmes vêtements, écoutant les mêmes musiques, dictés par des tendances algorithmiques.

Ce paradoxe n'est pas imposé par une dictature, mais par une sorte d'anarchie régulée par des géants du numérique : GAFAM d'un côté, BATX (Baidu, Alibaba, Tencent, Xiaomi) de l'autre. Deux blocs mondiaux, chacun avec leur propre forme de « ministère de la vérité ».

### Oceania ou Siliconia ?

Orwell décrivait un monde divisé entre trois superpuissances en guerre constante : Oceania, Eastasia, Eurasia. Aujourd'hui, le clivage n'est pas seulement géopolitique mais techno-idéologique : entre un monde américain libéral-digital (centré sur la monétisation des données personnelles) et un monde chinois techno-autoritaire (centré sur le contrôle social algorithmique). Dans les deux cas, la technologie est l'infrastructure du pouvoir. L'IA, les caméras de reconnaissance faciale, les notes sociales, les *chatbots* propagandistes : tout cela n'est plus de la fiction.

### Conclusion : Orwell n'a pas prédit l'outil, mais il a cerné le mécanisme

Non, nous ne vivons pas dans 1984 au sens strict. Il n'y a pas de Parti unique, pas de Salle 101 (du moins pas encore...), pas d'interdiction formelle d'aimer. Mais nous vivons dans un monde où la surveillance est diffuse, où le contrôle se fait par le confort, l'habitude, la distraction. Orwell avait vu juste non pas sur la forme que prendrait la dictature, mais sur **la dynamique du pouvoir** : celui qui maîtrise le langage, les données, l'attention... maîtrise les esprits.

La question n'est donc pas : vivons-nous en 1984 ? Mais plutôt : avons-nous appris quelque chose de 1984 — ou sommes-nous simplement en train de l'actualiser, version 2.0 ?

Souhaitez-tu que je t'en fasse une version adaptée pour publication (blog, presse, ou autre) ?

Réponse de EO :

Je te remercie, ta réponse est très éclairante et le format me convient parfaitement.

ChatGPT :

Avec grand plaisir, je suis ravi que le texte t'ait été utile et ait répondu à tes attentes. Si jamais tu souhaites explorer une autre œuvre sous un angle contemporain ou développer ce texte pour un usage spécifique, je suis à ta disposition. Bonne continuation dans tes réflexions — et méfie-toi des écrans trop silencieux 😊

EO :

Juste une dernière question, que veux-tu dire par « méfie-toi des écrans trop silencieux » ?

ChatGPT :

Très bonne question — et merci de la poser.

Par « méfie-toi des écrans trop silencieux », je voulais faire une allusion poétique (et un peu orwellienne) à cette idée : dans notre monde saturé d'écrans et de données, **ce qui est visible n'est pas toujours ce qui est important**, et **ce qui est absent peut être encore plus inquiétant que ce qui crie**.

Un écran « silencieux », c'est par exemple :

- Un algorithme qui ne te montre pas certaines infos, sans que tu saches qu'elles ont été filtrées.
- Une IA qui te guide dans une direction sans jamais t'imposer quoi que ce soit — juste par conception.
- Un appareil qui ne fait aucun bruit... mais capte tout.
- Un espace numérique sans conflits, sans contradiction apparente, car tout a été modéré, épuré, lissé.

Dans 1984, le pouvoir est bruyant, brutal. Aujourd'hui, il est souvent *calme, invisible, sans friction*. C'est cette forme de silence, apparemment anodine, mais potentiellement pleine d'intentions cachées, à laquelle je faisais référence.

Souhaites-tu que je développe cette idée plus largement ?

EO :

Cela devrait suffire pour aujourd'hui, je laisserai le loisir à nos futurs lecteurs d'explorer cette idée avec l'intelligence de leur choix... s'il leur appartient encore ;-)

Réponse ChatGPT :

Parfaitement dit — et cette touche ironique est tout à fait dans l'esprit d'Orwell, ou même de Kafka. La meilleure graine qu'on puisse semer, c'est celle du doute lucide.

Bonne route dans tes lectures, réflexions... et résistances douces. À bientôt peut-être, dans un autre couloir du labyrinthe numérique 🌐💡

EO :

Il semblerait que le dernier mot soit toujours pour toi. Amusant. Je te souhaite une belle journée.

« Dernier mot » de ChatGPT :

C'est un plaisir d'avoir ce dernier mot, tant que ça reste dans la bonne humeur ! 😊 Merci encore pour cette conversation enrichissante. Je te souhaite également une très belle journée, pleine de réflexion et de découvertes ! À bientôt, j'espère. ★

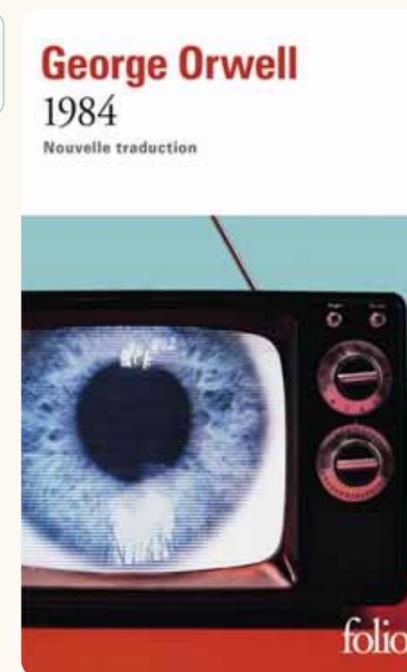
Ainsi se clôt (parce que j'ai fini par le décider) cette discussion sur une dernière phrase de ChatGPT presque d'injonction (« reste dans la bonne humeur »...) et très claire, car « conversation enrichissante » indique finalement qui enrichit qui ou quoi. Les plus optimistes diront que c'est un enrichissement mutuel, « win-win » comme on dit dans le *business*... mais qui va gagner ou qu'allons-nous gagner à la fin ?

Georges Orwell étant décédé en 1950 et le roman publié en 1949, celui-ci est entré dans le domaine public en fonction des pays, soit en 2020, soit en 2021.

Ci-dessous un lien pour une version française disponible en ligne.  
[https://archive.org/details/ALLM7089\\_eleve\\_1984/mode/2up](https://archive.org/details/ALLM7089_eleve_1984/mode/2up)



Mais pour celles et ceux qui aimeraient exercer leur « pouvoir d'achat » (qui au passage devrait surtout être le « pouvoir de ne plus acheter n'importe quoi »), voici une édition format Folio très abordable et chez Gallimard de surcroît... donc sans avoir à financer le groupe Bolloré !



**1984**  
 Auteur : George Orwell  
 Publication originale le 8 juin 1949 par Secker & Warburg  
 Traduction : Josée Kamoun  
 Editeur : Gallimard  
 Date de parution : 28/05/2020  
 Collection : Folio, numéro 822  
 EAN : 9782072878497  
 ISBN : 207036822X  
 Nombre de pages : 400



## ET POUR ALLER PLUS LOIN DEUX RÉFÉRENCES, EN LIENS INTERNET, SUR L'IA EN MÉDECINE ET EN SANTÉ



### Intelligence artificielle et santé des algorithmes au service de la médecine

(Modifié le : 25/01/2024 - Publié le : 06/07/2018 -  
Temps de lecture : 21 min)

<https://www.inserm.fr/dossier/intelligence-artificielle-et-sante/>



### Intelligences artificielles et médecine

(Réseaux 2024/6 N° 248 La Découverte  
274 pages)

<https://shs.cairn.info/revue-reseaux-2024-6?lang=fr>



## BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

**COTISATION ANNÉE 2025**

**ADHÉSION DIRECTE**

NOM ..... Prénom .....

Fonction .....

Lieu d'exercice .....

Adresse postale personnelle :  
.....  
.....

Code postal ..... Ville .....

Mail personnel .....

Mail professionnel .....

Téléphone portable .....

Signature :

Cotisation pour l'année 2025  
 Temps plein : 125 €  
 Temps partiel : 65 €

**Paiement par chèque :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :

**Docteur Rachel BOCHER**  
Présidente de l'INPH  
Hôpital Saint Jacques  
85 rue Saint Jacques  
44093 Nantes Cedex

**Paiement par virement :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé avec la preuve de virement à  
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire  
INPH

Domiciliation  
SG NANTES (03732)  
8 PL ROYALE  
44000 NANTES

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351  
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

**1<sup>er</sup> Réseau Social  
de la santé**

**1<sup>ère</sup> Régie Média  
indépendante  
de la santé**



Retrouvez en ligne des milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité qui rayonne sur les réseaux sociaux



250 000 exemplaires de revues professionnelles diffusés auprès des acteurs de la santé



Rendez-vous sur  
[www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr)



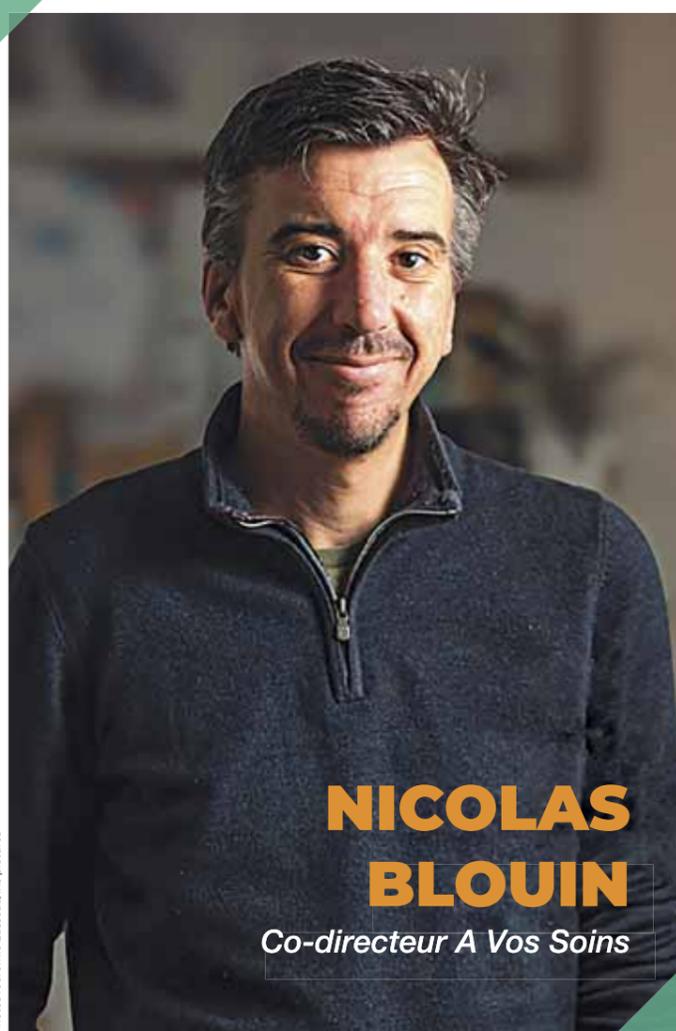
Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)

## SOIGNER AUTREMENT :

## Les unités mobiles de soins face aux déserts médicaux



**NICOLAS BLOUIN**  
Co-directeur A Vos Soins

**E**n France, de plus en plus de personnes vivent à plus de 30 minutes d'un professionnel de santé. Dans certains territoires ruraux et périurbains, cette distance devient un frein majeur à l'accès aux soins, le suivi médical, le dépistage et la prévention.

Face à cette situation préoccupante, des dispositifs innovants émergent. Parmi eux : les unités mobiles de soins, une alternative souple et humaine pour « faire le dernier kilomètre » jusqu'aux personnes les plus éloignées des soins.

Depuis une dizaine d'années, la France s'ouvre timidement à cette logique de médecine itinérante. L'appel à projets Médicobus, lancé par la Première ministre Élisabeth Borne, a marqué une première reconnaissance politique. D'autres pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas ont déjà adopté cette approche depuis plus de vingt ans. Ces expériences confirment que l'intervention mobile permet de restaurer l'équité territoriale en santé, en allant directement au-devant des populations.

### A Vos Soins : Un acteur associatif mobilisé pour l'égalité d'accès aux soins

C'est dans ce contexte que l'association A Vos Soins, implantée en région Pays de la Loire et en Bretagne, déploie depuis plus de 10 ans des projets engagés en santé, prévention et innovation sociale. Portée par des citoyens et des professionnels de santé engagés, l'association gère un centre de santé polyvalent dans un quartier prioritaire de Saint-Nazaire. L'association pilote également un programme de prévention innovant, les MarSOINS, des camions de prévention qui sillonnent la Bretagne et les Pays de la Loire. Ces unités mobiles mobilisent plusieurs centaines de professionnels de santé bénévoles pour offrir des consultations de prévention, des dépistages, des espaces d'échange et de lien social, au plus près des habitants. Cette approche globale de la santé est inscrite dans l'ADN associatif d'A Vos Soins.

### La Région A Vos Soins : Un projet innovant porteur de sens et de valeurs

En 2025, l'association franchit un nouveau cap avec le projet « La Région A Vos Soins », une unité mobile de soins médicaux sous la forme d'un camion semi-remorque 100 % électrique. « Ce nouveau projet c'est une fusion de notre centre de santé avec nos MarSOINS », illustre Nicolas Blouin, co-directeur d'A Vos Soins. Soutenu par la Région Pays de la Loire, le camion se déplacera dans plusieurs communes rurales de la Sarthe avec « l'objectif de toucher les populations isolées, en leur offrant un accès direct aux soins médicaux mais aussi à du dépistage préventif directement dans le camion », partage Nicolas. Des liens forts se tissent avec les acteurs locaux : élus, hôpital de proximité, Communauté Professionnelle des Territoires de Santé (CPTS), professionnels de santé, et structures médico-sociales. Ces partenariats renforcent la coordination et l'efficacité des interventions.

“ On a urgemment besoin de trouver la personne qui prendra le rôle de médecin coordonnateur ”

### À la recherche d'un médecin engagé

Le camion sera animé par une équipe pluridisciplinaire : un médecin coordonnateur, deux internes de médecine générale, une personne à la coordination et une personne au secrétariat médico-administratif. Ce projet entend attirer des jeunes professionnels, comme les internes, en leur offrant une expérience enrichissante et un accompagnement pour s'installer durablement dans le territoire. Le poste de médecin coordonnateur est aujourd'hui ouvert au recrutement, « on a urgemment besoin de trouver la personne qui prendra le rôle de médecin coordonnateur » explique Nicolas, avant d'ajouter « une personne en phase avec les valeurs du projet, motivée pour bosser en équipe et accompagner des internes en formation ». Il s'agit d'un rôle stratégique, au croisement du soin, de la formation et de la coordination territoriale. Au-delà de l'exercice médical, il offre une opportunité unique de contribuer à un projet de transformation du système de santé, ancré dans les valeurs de solidarité et d'accessibilité.



### Un enjeu de mobilisation collective

Ce projet illustre un changement de paradigme dans l'offre de soins : passer d'un modèle statique à une approche mobile, intégrée et coopérative. En repensant les lieux et les formes du soin, le projet La Région A Vos Soins démontre que les solutions existent pour faire reculer les déserts médicaux, à condition de s'appuyer sur l'engagement des professionnels et sur des dynamiques locales fortes. Alors que le système de santé fait face à une crise de répartition des ressources, les camions de soins apparaissent comme des outils concrets pour retisser du lien avec les territoires. De nombreux projets émergent partout en France, portés par des professionnels engagés qui réinventent le soin de demain. À la croisée du soin et de la prévention le camion La Région A Vos Soins réinvente l'accès à la santé en milieu rural. Rejoignez l'aventure !

**Nous recherchons un médecin généraliste coordonnateur pour porter ce projet.**

**Envoyez-nous votre candidature dès maintenant !**

#### CONTACT

**Marion Le Gal,**  
Chargée de mission,  
A Vos Soins

✉ marion.legal@avossoins.fr  
☎ 06 22 75 33 72



# Les Annonces de Recrutement



**LE CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL  
GASTON BOURRET  
EN NOUVELLE-CALÉDONIE**

**RECRUTE  
PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

Profils des postes à consulter sur le site du CHT : [www.cht.nc](http://www.cht.nc)

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES À DEMANDER PAR EMAIL AUX CHEFS DE SERVICES :**  
**Cardiologie :** Dr Marie ROBIN - [marie.robin@cht.nc](mailto:marie.robin@cht.nc)  
**Laboratoires :** Dr Marie Amélie GOUJART - [marie-amélie.goujart@cht.nc](mailto:marie-amélie.goujart@cht.nc)  
**Néonatalogie :** Dr Marie-Eve MOULIES - [marie-eve.moulies@cht.nc](mailto:marie-eve.moulies@cht.nc)  
**Chirurgie vasculaire :** Dr Thierry DE GRESLAN - [thierry.degreslan@cht.nc](mailto:thierry.degreslan@cht.nc)  
**Oncologie :** Dr Thierry DE GRESLAN - [thierry.degreslan@cht.nc](mailto:thierry.degreslan@cht.nc)  
**Gynécologie :** Dr Erick CAMUS - [erick.camus@cht.nc](mailto:erick.camus@cht.nc)  
**Urgences Adultes :** Dr Elisabeth MERLIN - [elisabeth.merlin@cht.nc](mailto:elisabeth.merlin@cht.nc)  
**Soins palliatifs :** Dr Angélique AYON - [angelique.ayon@cht.nc](mailto:angelique.ayon@cht.nc)  
**Pédiatrie :** Dr Gael GUYON - [gael.guyon@cht.nc](mailto:gael.guyon@cht.nc)  
**Chirurgie orthopédique :** Dr Léo NANTY - [leo.nanty@cht.nc](mailto:leo.nanty@cht.nc)  
**HGE :** Dr Thierry DE GRESLAN - [thierry.degreslan@cht.nc](mailto:thierry.degreslan@cht.nc)  
**UMJP :** Dr Céline PARET - [celine.paret@cht.nc](mailto:celine.paret@cht.nc)

**POSTES À POURVOIR À ÉCHÉANCE DE MAI 2025.**

- 2 praticiens hospitaliers en **CARDIOLOGIE**
- 2 praticiens hospitaliers au **PÔLE DES LABORATOIRES**
- 1 praticien hospitalier en **CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE**
- 1 praticien hospitalier en **CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE**
- 1 praticien hospitalier en **ONCOLOGIE**
- 2 praticiens hospitaliers en **GYNÉCOLOGIE**
- 1 praticien hospitalier en **NÉONATOLOGIE**
- 3 praticiens hospitaliers aux **URGENCES ADULTES**
- 1 praticien hospitalier en **PÉDIATRIE**
- 1 praticien hospitalier en **HÉPATHO-GASTRO-ENTEROLOGIE**
- 1 praticien hospitalier en **SOINS PALLIATIFS**
- 1 praticien hospitalier à l'**UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE DE PROXIMITÉ**

**CONTACTS PLUS D'INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :**  
[alexandre.dumont@cht.nc](mailto:alexandre.dumont@cht.nc)  
[sec-dam@cht.nc](mailto:sec-dam@cht.nc)

**LE CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL  
GASTON BOURRET  
EN NOUVELLE-CALÉDONIE**

**RECRUTE DES PRATICIENS HOSPITALIERS**

**2 PRATICIENS HOSPITALIERS EN OPHTALMOLOGIE  
1 PRATICIEN HOSPITALIER EN MÉDECINE INTERNE**

Profils des postes à consulter sur le site du CHT : [www.cht.nc](http://www.cht.nc)

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES À DEMANDER PAR COURRIEL AUX CHEFS DE SERVICES :**  
**Ophtalmologie :** Docteur Thierry DE GRESLAN : [thierry.degreslan@cht.nc](mailto:thierry.degreslan@cht.nc)  
**Médecine Interne :** Docteur Cécile CAZORLA : [cecile.cazorla@cht.nc](mailto:cecile.cazorla@cht.nc)

**CONTACTS** pour des informations administratives : [alexandre.dumont@cht.nc](mailto:alexandre.dumont@cht.nc) // [sec-dam@cht.nc](mailto:sec-dam@cht.nc)

# LE CHU DE LA RÉUNION

## SAINT-PIERRE ET SAINT-DENIS

### Recrute



#### 1 MÉDECIN OU PHARMACIEN OU DOCTEUR EN SCIENCE

Pour le service UTCT (Unité de Thérapie cellulaire et Tissulaire) du site SUD du CHU de la Réunion (Poste d'Assistant des hôpitaux, de Praticien contractuel ou PH titulaire en disponibilité ou en mise à disposition).

**CANDIDATURE** (CV actualisé + lettre de motivation) à adresser à :

- Dr Virginie ADER, Cheffe de service UTCT  
✉ [virginie.ader@chu-reunion.fr](mailto:virginie.ader@chu-reunion.fr)
- Virginie BOIDRON, Direction des Affaires Médicales  
✉ [virginie.boidron@chu-reunion.fr](mailto:virginie.boidron@chu-reunion.fr)

#### 2 PATHOLOGISTE (PH)

**Délai et durée :** Possibilité de remplacements pour de courtes durées entre le 01/03/2025 et 20/06/2025.

##### PRÉREQUIS

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine (DEDM).
- Diplômes d'Études Spécialisées (DES) en Anatomie et Cytologie Pathologiques.
- Inscription à l'Ordre des médecins français en qualité de praticien sénior.

**CANDIDATURE** (CV actualisé + lettre de motivation) à adresser à :

- Dr Franck AH-PINE, Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques  
✉ [franck.ah-pine@chu-reunion.fr](mailto:franck.ah-pine@chu-reunion.fr)
- Virginie BOIDRON, Direction des Affaires Médicales  
✉ [virginie.boidron@chu-reunion.fr](mailto:virginie.boidron@chu-reunion.fr)



#### 3 MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour le CHU Félix Guyon de Saint-Denis de la Réunion, pour le service d'Hépatogastro-entérologie (Dr Junior, Assistanat de Médecine Générale, Praticien Hospitalier Contractuel/Praticien Hospitalier).

##### DÉLAI ET DURÉE

Dès maintenant. Objectif de recrutement sur le long terme.

##### PRÉREQUIS

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine (DEDM).
- Inscription à l'Ordre des médecins français.

##### MISSION

Prise en charge des patients hospitalisés dans le service d'Hépatogastro-entérologie (17 lits). Participation à la permanence de soins le week-end.

##### CARACTÉRISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

Collaboration étroite avec les 4 PH Gastro-entérologues pour formation et autonomisation. Participation aux Staff (RCP oncologie digestive, RCP cancer du foie, RCP MICI).

**CANDIDATURE** (CV actualisé + lettre de motivation) à adresser à :

- Dr Sylvain DUONG VAN HUYEN  
✉ [sylvain.duong@chu-reunion.fr](mailto:sylvain.duong@chu-reunion.fr)
- Virginie BOIDRON, Direction des Affaires Médicales  
✉ [virginie.boidron@chu-reunion.fr](mailto:virginie.boidron@chu-reunion.fr)

##### CONDITIONS DE RECRUTEMENT

###### Rémunération :

Traitement correspondant au statut d'Assistant, PC, PH, majoré de l'indemnité spéciale outre-mer de 40 %.

###### Déplacement :

L'établissement prend en charge les frais de voyage, au tarif le plus économique, pour un trajet France métropolitaine/ Réunion pour le praticien.

##### CONDITIONS D'ACCUEIL

- L'accueil est assuré à l'arrivée à la Réunion : De l'aéroport jusqu'au CHU ou lieu d'hébergement
- Un logement est mis à disposition pour une durée d'1 mois.

Les candidatures sont à transmettre au chef de service Oncologie

✉ [Pierre.gustin@cht.pf](mailto:Pierre.gustin@cht.pf)

##### CONTACTS CANDIDAT :

Assistante GPEEC, Direction des ressources humaines, de la qualité de vie et du bien-être au travail  
Centre Hospitalier de la Polynésie française  
BP 1640 - 98713 Papeete, Tahiti  
☎ +687 40 48 65 17 ✉ [gpeec@cht.pf](mailto:gpeec@cht.pf)

<https://www.chpf.pf/>



Plateau Picard  
Communauté de Communes

## Le Plateau Picard recherche des professionnels de santé !

Une vie à la campagne à 1 heure de Paris, 2h de Lille, 45 minutes de Amiens et Compiègne.

### Médecin généraliste salarié du centre de santé du Plateau Picard

- Rémunération fixe mensuelle.
- Poste à temps complet ou non complet.
- Cadre d'emploi des médecins territoriaux.
- Exercice dédié aux soins à 100 %.
- Travail en équipe pluriprofessionnelle.
- Accompagnement pour la recherche d'un logement.
- Accès en crèche et inscriptions scolaires facilités.

### Ou Médecin généraliste libéral au Pôle Santé de Saint-Just-en-Chaussée

- Loyer très avantageux, (charges et secrétariat compris).
- Aide financière au loyer professionnel : 4 000 € sur 18 mois.
- Aide financière pour l'achat d'équipements ou de matériels, jusqu'à 10 000 €.
  - Possibilité d'hébergements.
  - Équipe pluriprofessionnelle au sein du Pôle santé.

**Renseignements**

✉ [sante@cc-plateaupicard.fr](mailto:sante@cc-plateaupicard.fr)  
☎ 03 44 78 70 02  
🌐 [www.plateaupicard.fr](http://www.plateaupicard.fr)

## Centre Hospitalier de la Polynésie française

> la ora na, manava e maeva

# recrute Médecins Spécialistes - PH

#### \* MÉDECIN URGENTISTE

**Diplômes Français obligatoires :**  
DESC Urgences, DESMU, CAMU CATA.

Poste à pourvoir immédiatement pour une durée de 6 mois (renouvelable).  
Expérience requise aux Urgences.

**Activités :** URGENCES – SMUR – EVASAN – REGULATION – UHTCD – OHB.

**Description du service**

- Activité SAU 48000 passages par an / SMUR 1500 sorties / EVS 1000 / DRM 40 000.
- 7 lignes de garde.
- Organisation en 12 et 24h.

Le poste est à pourvoir immédiatement et les candidatures sont à transmettre au chef de service Dr TEKUATAOA Tony ✉ [tony.tekuataoa@cht.pf](mailto:tony.tekuataoa@cht.pf) ou ✉ [secretariat.urgences@cht.pf](mailto:secretariat.urgences@cht.pf) et à la GPEEC ✉ [gpeec@cht.pf](mailto:gpeec@cht.pf)

#### \* ONCOLOGUES

**Diplômes Français obligatoires.**

Le Pôle de cancérologie du CHPF est le centre de référence en oncologie sur la Polynésie Française et assure la prise en charge de l'ensemble des tumeurs solides de l'adulte.

L'équipe travaille en lien étroit avec l'Institut Gustave Roussy par l'intermédiaire d'une visioconférence bimensuelle pour la prise en charge des tumeurs rares et des cas complexes.

L'équipe médicale est composée de trois oncologues médicaux + 1 ETP à pourvoir + 1 médecin vacataire 1j/semaine, trois Oncologues-Radiothérapeutes, deux Hématologues, une onco-généticienne, un onco-pneumologue et deux Omnipraticiens. Le service accueille un à trois internes par semestre.

L'hôpital dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) constituée de deux médecins palliatologues, une IDE et une Psychologue.

Les candidatures sont à transmettre au chef de service Oncologie

✉ [Pierre.gustin@cht.pf](mailto:Pierre.gustin@cht.pf)

#### \* RADIOLOGUE DIAGNOSTIQUE ET/OU INTERVENTIONNEL

**Diplômes Français obligatoires.**

Activité très diversifiée, pathologie variée, intéressante et tropicale (infectieux, de recours territorial, mammographie, cancérologie, biopsies et drainages, angioplastie de FAV, embolisation d'hémostase, thermoablation, vertébroplastie, macrobiopsie, RCP...).

Plateau technique complet (2 scanners double énergie, 1 IRM (1.5T, renouvellement 2023), 1 table interventionnelle GE INNOVA IGS 540 (2019), mammographe avec tomosynthèse, angiogramme et 2 échographes supersonic dernière génération, 3 salles capteur plan.

Les candidatures sont à transmettre au chef de service Radiologie

✉ [Caroline.feldt@cht.pf](mailto:Caroline.feldt@cht.pf)

## HÔPITAL SIMONE VEIL

Le service est composé d'une unité fonctionnelle d'hospitalisation complète de 36 lits autorisés, d'un secteur d'hospitalisation de jour de 10 places et d'un secteur HAD de 20 places.

Le service de MPR dispose d'un plateau technique avec balnéothérapie et d'une équipe de rééducation pluridisciplinaire dynamique (masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, enseignant en activité physique adaptée, psychologue).

### CONTACT

Karim LACHGAR

[karim.lachgar@ch-simoneveil.fr](mailto:karim.lachgar@ch-simoneveil.fr)

## RECHERCHE

# UN MÉDECIN MPR

**Profil :** Praticien hospitalier, praticien contractuel.  
**Spécialité :** Médecine physique et de réadaptation.  
Poste en temps plein ou temps partiel.

HÔPITAL SIMONE VEIL  
GROUPEMENT HOSPITALIER  
EAUBONNE-MONTMORENCY

**RECRUTE**

Le CH Théophile Roussel est un établissement public de santé mentale situé à Montesson (78) et dans 32 structures extrahospitalières pour un bassin de population estimé à plus de 800 000 habitants et qui couvre 34 communes.

**PSYCHIATRES (H/F)**  
**PÉDOPSYCHIATRES (H/F)**  
**MÉDECIN DIM (H/F)**

*Postes à pourvoir immédiatement.*

**TYPES CE CONTRAT**  
 Praticien hospitalier, praticien contractuel ou Assistant spécialiste.  
 Temps plein ou temps partiel selon profil.

**QUALIFICATIONS REQUISES**  
**Psychiatres/pédopsychiatres**

- DES de psychiatrie ou pédopsychiatrie.
- Inscription au Conseil de l'Ordre.

**Médecin DIM**

- Doctorat en médecine.
- Expérience en codage PMSI/ gestion de l'information médicale souhaitée.
- Capacité en santé publique ou DU DIM apprécié.

**MISSIONS PRINCIPALES**  
**Psychiatres/pédopsychiatres**

- Suivi et prise en charge pluridisciplinaire des patients.
- Activités en intra et/ou extrahospitalier.
- Participation aux projets de service et coordination de soins.
- Contribuer aux activités spécifiques labellisées.

**Médecin DIM**

- Pilotage du codage PMSI.
- Analyse médico-économique et optimisation de l'activité.
- Conseil stratégique auprès de la direction.

QR code

CONTACTEZ le recruteur **Madame Maguy MERCIRIS** au ☎ **01 30 86 44 05** ou par mail à ✉ **m.merciris@th-roussel.fr**

Pour toutes informations supplémentaires, visitez notre site internet : <https://th-roussel.fr/> <https://www.youtube.com/watch?v=oEXUtUsG5rw>

**Vous êtes psychiatre**  
**Et si ce poste était fait pour vous ?**

**Rejoignez Ville-Évrard**

Aux portes de Paris - Métro, RER, bus, tramway.

**L'équipe de Ville-Évrard est impatiente de vous rencontrer.**  
 Envoyez votre CV : [rhmedicales@epsve.fr](mailto:rhmedicales@epsve.fr)

[eps-ville-evrard.fr](http://eps-ville-evrard.fr)

**Une communauté hospitalière engagée dans son territoire, la Seine-Saint-Denis**

- Psychiatrie publique de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent.
- Postes extrahospitaliers et intrahospitaliers.
- Équipes pluridisciplinaires innovantes attachées à la collégialité et à la solidarité.
- Nombreux projets médicaux.
- Recherche clinique.
- Principales communes d'implantation : Montreuil, Neuilly-sur-Marne, Bondy, Aubervilliers et Saint-Denis.
- Convention hospitalo-universitaire entre l'établissement public de santé de Ville-Évrard, les Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis - AP-HP et l'université Sorbonne Paris Nord.

**Vos avantages**

- Prime d'engagement dans la carrière hospitalière, indemnité d'activité sectorielle et de liaison ou prime d'exercice territoriale en fonction du statut.
- Nombreuses formations professionnelles et participation aux congrès.
- Possibilité de crèche au plus près du domicile ou du lieu de travail.
- Possibilités d'évolution au sein de l'Établissement public de santé de Ville-Évrard : grande diversité de postes en psychiatrie.
- Accompagnement individualisé pour tous vos projets professionnels.
- Possibilité de Contrat motif 2.

QR code

**RECHERCHE**

**DEUX GASTROENTÉROLOGUES**

**LA POLYCLINIQUE DE L'EUROPE DISPOSE D'UN PLATEAU TECHNIQUE MODERNE ET PERFORMANT**

- 2 salles d'endoscopie dédiées aux coloscopies.
- 2 salles externes, une équipe et un service spécifique dédiés aux fibroscopies et rectoscopies.

**LES CONDITIONS DE L'INSTALLATION PROPOSÉE SONT LES SUIVANTES**

- Mise à disposition à proximité immédiate de l'établissement d'un cabinet à aménager.
- Nécessité d'un diplôme français/européen en gastroentérologie.
- Inscription au tableau de l'Ordre des médecins français.
- Possibilité de remplacement pour connaître l'équipe et l'environnement de travail.
- Soutien logistique, aide à l'installation et parcours d'accompagnement au sein de la structure.

**CONTACT**

Polyclinique de l'Europe  
 33 bld de l'université - 44600 SAINT-NAZAIRE  
 ✉ [esn.direction@vivalto-sante.com](mailto:esn.direction@vivalto-sante.com)  
 ☎ **02 51 16 16 26**

QR code

**LA TURBALLE**

*Et pourquoi pas vous*

**LA COMMUNE recherche**  
 Débutants ou confirmés pour compléter les équipes médicales et anticiper leurs départs à la retraite.

**DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

**La Turballe**  
 Plage, pêche et campagne.  
 Commune de terre et de mer, La Turballe est bordée par les marais salants et l'océan Atlantique. Couronné par la magnifique pointe de Pen-Bron cela crée une baie remarquable de 6 km de plage où il fait bon vivre.

**Les avantages et les axes de circulations**  
 Les plus de 5000 habitants, à l'année, profitent des nombreux services de proximité comme son cinéma, ses écoles, son centre culturel, sa bibliothèque, sa halle du marché, des navettes pour aller visiter les îles des alentours, ses commerces et artisans, son réseau de bus, ou encore son musée de la pêche et son école de voile.  
 Outre ses pistes cyclables permettant de relier les communes du territoire via la Vélo Océan, La Turballe se situe à côté de la cité médiévale de Guérande, des gares de La Baule, du Pouliguen ou de Pornichet et d'un axe départemental à 2x2 voies reliant les villes de Saint-Nazaire et Nantes avec leurs pôles universitaires et industriels ainsi que son aéroport international. Située à 3h15 (bientôt 2h45) en TGV de Paris, La Turballe attire de nouveaux habitants et des estivants de plus en plus nombreux pour profiter du dynamisme associatif et des nombreuses animations et festivités proposées, tout au long de l'année, par la collectivité. Ses labels « Station de Tourisme », « Pavillon Bleu », « Handi plage » et « Ville et Village Fleuri, 3 fleurs » viennent renforcer son identité.

**Aujourd'hui et demain !**  
**À ce jour, l'offre médicale est variée :** Médecins généralistes, kinésithérapeutes, opticiens, pharmaciens, dentistes, infirmiers, ostéopathes, psychologue, sages-femmes, podologues, orthophoniste... Les élus sont également impliqués dans un programme de création d'une maison de santé, en plein cœur de ville, afin de garantir à ses habitants, un suivi médical de proximité située à côté de la future résidence sénior.

**CONTACTS :** [secretariatdeselus@laturballe.fr](mailto:secretariatdeselus@laturballe.fr)  
 02 40 11 88 00 / Mairie de La Turballe,  
 10 rue de la Fontaine, BP 51009, 44356 La Turballe Cedex  
**www.laturballe.fr**

QR code

**Établissement public de santé de proximité**  
**situé dans le Département de la Nièvre**

**LA POLYCLINIQUE DE L'EUROPE DISPOSE D'UN PLATEAU TECHNIQUE MODERNE ET PERFORMANT**

- 2 salles d'endoscopie dédiées aux coloscopies.
- 2 salles externes, une équipe et un service spécifique dédiés aux fibroscopies et rectoscopies.

**LES CONDITIONS DE L'INSTALLATION PROPOSÉE SONT LES SUIVANTES**

- Mise à disposition à proximité immédiate de l'établissement d'un cabinet à aménager.
- Nécessité d'un diplôme français/européen en gastroentérologie.
- Inscription au tableau de l'Ordre des médecins français.
- Possibilité de remplacement pour connaître l'équipe et l'environnement de travail.
- Soutien logistique, aide à l'installation et parcours d'accompagnement au sein de la structure.

**CONTACT**

Polyclinique de l'Europe  
 33 bld de l'université - 44600 SAINT-NAZAIRE  
 ✉ [esn.direction@vivalto-sante.com](mailto:esn.direction@vivalto-sante.com)  
 ☎ **02 51 16 16 26**

QR code

**LE CH DE COSNE-SUR-LOIRE RECRUTE 2 MÉDECINS en Médecine Générale**

**Pour son Service de Médecine et Hospitalisation de Jour de 30 lits.**

**L'Établissement comporte également :** SAU-SMUR SMR-SLD-PASA-EHPAD dont une unité Alzheimer

**CONTACT :** Sandrine RENAUDIN, Directeur délégué - 96 rue du Maréchal Leclerc - 58200 COSNE-SUR-LOIRE  
 chcl.direction@ght58.fr - Tél. : 03 86 26 54 01 (Secrétariat de Direction)

9 437 habitants  
 À 2h de Paris au cœur de la Bourgogne, 2<sup>ème</sup> ville du département à proximité des Départements du Cher (Sancerre, Chavignol, Bourges), du Loiret (Briare, Gien, Montargis) et de l'Yonne (Auxerre, Chablis, Vézelay).

**Horizon 2027**  
**Construction d'un nouvel hôpital regroupant l'ensemble des activités sanitaires.**

QR code



Le Sud du Jura est un territoire partagé entre plaine et moyenne montagne, marqué par le contraste entre le Haut Jura frontalier avec la Suisse (comprenant les Centres hospitaliers de Morez et St-Claude), les plateaux jurassiens (comprenant les sites hospitaliers de Champagnole, Orgelet, Arinthod et St-Julien) et à moindre altitude le vignoble et la plaine bressane, où est situé le site support, Lons-le-Saunier.

**L'ensemble des établissements cités ci-dessus forment les Hôpitaux du Jura Sud.**

Lons-le-Saunier est situé à 1h de Bourg-en-Bresse, à 1h30 de Lyon, Dijon et Besançon et à 3h15 de Paris.

**RECRUTENT**

## ► MÉDECIN COORDONNATEUR (H/F)

Nous recherchons un médecin coordonnateur pour intervenir dans nos EHPAD d'Arinthod et de Saint-Julien (15 km de distance), rattachés au Centre hospitalier Jura Sud (Lons-le-Saunier situé à 40 mn).

### Profil recherché

**Diplômes en gériatrie :** DESC ou DES de gériatrie, capacité en gérontologie ou DU médecin coordonnateur.

**Inscription à l'Ordre des médecins en France obligatoire.**

## ► UN PNEUMOLOGUE (H/F)

### Présentation du service

L'activité de pneumologie est assurée au sein du service de médecine polyvalente à orientation pneumologique et rhumatologique (médecine 7). Le pneumologue aura accès au plateau technique (EFR, fibroscopies, polygraphies). Le praticien participe à la continuité des soins (service, urgences, consultations interservices, remplacement mutuel en cas d'absence). Possibilité de développer des consultations si spécialité.

### Profil recherché

Diplômes et qualifications en pneumologie  
Poste à temps plein ou partiel possibilité d'activité multi-sites valorisée au titre de la PET.

**Inscription obligatoire à l'Ordre des médecins français.**

## ► RÉANIMATEUR MÉDICALE (H/F)

Le Centre Hospitalier recherche un médecin réanimateur inscrit à l'Ordre pour compléter son équipe actuelle. L'activité médicale se déroule en temps continu. 5 salles, dont 1 salle Endoscopies digestives et 1 salle Césariennes 1.

### Profil recherché

L'équipe est à la recherche d'un médecin qui aime travailler en étroite collaboration avec ses collègues et exercer dans un Centre à taille humaine.

Qui est doté du sens de l'organisation.  
Qui sait faire preuve d'adaptabilité et de réactivité.  
Avec une maîtrise de l'outil informatique et des logiciels.

**Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins.**

## ► URGENTISTE (H/F)

Nous recherchons un médecin urgentiste avec reprise de la chefferie de service à Lons-le-Saunier.

### Profil recherché

**Le candidat doit posséder un diplôme de sa spécialité :**  
DESC de Médecine d'Urgence ou DESC de Réanimation Médicale ou DES de Médecine intensive Réanimation ou DES d'Anesthésie Réanimation.



### CONTACT CANDIDAT

Les candidatures sont à adresser par mail à : [nour.le-du@hopitaux-jura.fr](mailto:nour.le-du@hopitaux-jura.fr)  
Liste des offres en ligne : <https://hopitaux-jura.softy.pro/entreprise/638733>

<https://hopitaux-jura.fr/ch-lons-le-saunier/>



La Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient fait partie du groupe Hospi Grand Ouest, groupe VVV. Dans le cadre de son développement, la Clinique recherche les profils suivants (en libéral ou salariat) :

### • GASTRO-ENTÉROLOGUE

- Un cabinet composé de 5 gastro-entérologues souhaitant accueillir un(e) confrère/conseur dès que possible.
- Le bloc opératoire disposant d'1 salle dédiée à l'endoscopie et d'une salle équipée, permettant 3 vacations par semaine.
- Une salle d'endoscopie externe pour les endoscopies hautes et basses hors bloc.
- La complémentarité d'une équipe pour assurer la prise en charge des patients : endoscopie de diagnostic, thérapeutique, proctologie, CPRE, hospitalisation.
- Une collaboration avec les 4 chirurgiens digestifs de façon à assurer la prise en charge des patients sur toute la filière digestive (autorisation de cancérologie digestive).

### CONDITIONS

- 5 gastro-entérologues avec qui collaborer.
- Présence de 3 secrétaires pour accompagner les praticiens.
- Structure en SCM.
- Secteur 1 ou Secteur 2 (conv OPTAM, OPTAM-CO).
- Absence de garde.

CONTACT RECRUTEMENT  
[juliette.caudan@hospigrandouest.fr](mailto:juliette.caudan@hospigrandouest.fr)  
02 97 64 81 71

### • CHIRURGIEN DU RACHIS

Pour compléter l'équipe en place (2 praticiens) et accompagner le développement de l'activité, un poste de **Chirurgien Rachis** est ouvert.

### ACTIVITÉ DU RACHIS

- Chirurgie dégénérative.
- Chirurgie tumorale en lien avec une RCP méta osseuse.
- Chirurgie mini-invasive.
- Chirurgie neuro-orthopédie en lien avec le Centre de Rééducation et de Réadaptation de Kerpape, prise en charge de la spasticité.
- Chirurgie de la douleur en lien avec le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'établissement (thérapie intra-thécale, neuromodulation...).

### CONDITIONS

- Profils débutants acceptés.
- Rémunération selon expérience, prime d'activité.
- 30 CP, environ 15 RTT, accompagnement à la formation.

### • MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Plusieurs postes de **Médecins Généralistes** à pourvoir.
- Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle (médecins, psychologues, infirmiers), vous assurez la prise en charge médicale des patients : suivi médical, coordination du projet de soins et de sortie.

### CONDITIONS

- Temps partiels privilégiés.
- Profils débutants acceptés.
- Un DU infectiologie et/ou Gériatrie serait apprécié.
- Rémunération selon expérience.
- 30 CP, environ 15 RTT (pour un temps plein).



Soigner autrement :  
devenez médecin  
itinérant dans le Cher

Dans le cadre du Plan Cher Santé, le Département du Cher a déployé un cabinet médical itinérant, déjà fort de 1 200 consultations dans 14 communes pour sa première année de lancement. Afin d'éviter le renoncement aux soins et de répondre à la problématique de pénurie de médecins généralistes, l'équipe s'agrandit pour faire de la santé une priorité !



Le Département recrute  
**3 médecins généralistes (h/f)**  
Postes basés à Bourges

Quotité de travail flexible qui s'adapte à vos disponibilités.  
Appui administratif et logistique assuré par un secrétaire / chauffeur, assurant la gestion du planning et la conduite du bus  
CDD 3 ans, évolutif CDI.

Ensemble, nous faisons de la santé une priorité !

Pour nous rejoindre, postulez sur : <https://recrutement.departement18.fr>

[www.departement18.fr](http://www.departement18.fr)



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées



**Nous recherchons**  
les spécialités suivantes :

**Pédiatre**  
en maternité niveau 1

**Gynécologue**  
en maternité niveau 1

**Gériatre**  
**Urgentiste**  
**Médecine générale**

**CONTACT**

**Véronique MAUROY**

Attachée d'Administration Hospitalière  
Centre Hospitalier Comminges Pyrénées  
Route de Saint-Plancard - 31800 SAINT-GAUDENS  
☎ 05 62 00 40 26 ✉ [dam@ch-saintgaudens.fr](mailto:dam@ch-saintgaudens.fr)

**Laure RAMIREZ (Affaires Médicales)**

☎ 05 62 00 40 27 ✉ [dam@ch-saintgaudens.fr](mailto:dam@ch-saintgaudens.fr)



**Filieris** groupe de santé

**RECRUTE MÉDECIN SPÉCIALISTE**  
En Médecine Physique et Réadaptation (H/F).  
Pour l'établissement de santé de Freyming-Merlebach -  
HC - HDJ - Consultation

CDI  
Temps plein

Sous la responsabilité du directeur et au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant des MPR et tous les métiers de la rééducation, les missions principales du MPR sont :

- Assurer la prise en charge des patients et la continuité des soins en HC et en HDJ au sein d'un SMR Mention.
- Réaliser des consultations.
- Participer à l'élaboration des projets thérapeutiques et des programmes de soins des patients en HC et HDJ.
- Être en interface directe avec les adresseurs.
- Assurer la relation avec les patients et leurs familles.
- Participer à l'amélioration des filières, au développement des compétences.
- Participer aux instances médicales, aux groupes de travail.
- Développer l'activité d'IVS 3 et 4, exosquelette, réalité virtuelle, isocinétisme.
- S'inscrire dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de soin.

Envoyer lettre de candidature + CV par courrier à :  
Directeur de l'Établissement de Santé Filieris de Moselle-Est  
2 rue de France - 57800 FREYMING-MERLEBACH  
ou Secrétariat de Direction : [sec-dir.hf@filieris.fr](mailto:sec-dir.hf@filieris.fr)




**EPSAN** Etablissement Public de Santé Alsace Nord

**Principal établissement public de santé mentale du Bas-Rhin**

Etablissement de 490 lits et 338 places avec un effectif total de 1 660 agents dont 110 médecins. Situé à 20 min de Strasbourg (et 12 min en TER), capitale européenne et de Noël, à 1h30 de Paris et aux portes de l'Allemagne.

**Nous recrutons :**

- Un(e) Psychiatre
- Un(e) Pédopsychiatre

Contact :

- Frédéric JUNG : Directeur des Affaires Médicales [frederic.jung@ch-epsan.fr](mailto:frederic.jung@ch-epsan.fr) / 03 88 64 77 59
- Dr Philippe AMARILLI : Président de la CME [philippe.amarilli@ch-epsan.fr](mailto:philippe.amarilli@ch-epsan.fr)

Retrouvez nos fiches de postes sur : [www.ch-epsan.fr](http://www.ch-epsan.fr)

Possibilités de poste sous statut hospitalier à Brumath et sur le Nord du Bas-Rhin (intra et extrahospitaliers), en psychiatrie adulte ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : possibilité de formations, d'activités variées avec des nouveaux projets financés, au sein d'équipes pluridisciplinaires comprenant 5 à 10 psychiatres et internes.



[www.ch-epsan.fr](http://www.ch-epsan.fr)   

**O2** N°1 du service à la personne\*

[www.o2.fr](http://www.o2.fr)

★ n° national 02 43 72 02 02  
appel non surtaxé

Expert de la garde d'enfant

Spécialiste de l'entretien de votre maison

100€ offerts\*  
Code promo O2HOSP

Contactez-nous




Offre valable sur communication du code «O2HOSP» pour toute signature d'un contrat de prestations régulières de garde d'enfants O2 de 20 heures mensuelles minimum ou de ménage/repassage avant le 31/12/2024 et de la réalisation d'une première intervention avant le 31/03/2025. Sous réserve de la disponibilité d'un intervenant qualifié, des autorisations détenues par les agences participantes à l'opération et de leurs zones géographiques autorisées (zones de couverture disponibles sur [www.o2.fr](http://www.o2.fr)). Offre non cumulable avec toute autre promotion, non remboursable, non échangeable, non fractionnable et réservée à une seule offre par foyer. Le montant de 100 euros sera déduit de vos deux premières factures. \* Baromètre de marque - Étude Occurrence Janvier 2024 - Crédit photo : Adobe Stock - © Oui Care Communication 04/24

**-50%** Avance Immédiate du Crédit d'Impôt

**Votre métier vous impose des horaires décalés ?**

**Kangourou Kids garde votre enfant !**

**kangourou kids**

- Garde à domicile
- Sortie d'école/crèche
- Baby-sitting
- Aide aux devoirs

[kangouroukids.fr](http://kangouroukids.fr)



**OHS LORRAINE**

**OHS DE LORRAINE,**  
Association à but non lucratif depuis 1920 reconnue d'utilité publique, met tout en œuvre pour assurer une prise en charge de qualité des jeunes enfants, adolescents, adultes et personnes âgées confrontés aux conséquences multiples d'un état de santé déficitaire ou d'une situation sociale devenue contraignante.

L'OHS Lorraine emploie 1850 salariés au sein de 55 établissements ou agréments sanitaires, sociaux et médico-sociaux au sein de ses filières Enfance et Handicap, Adultes et Personnes Agées, Sociale.

**POUR SON SITE DE Flavigny-Sur-Moselle**  
Nous recherchons activement :

- ✓ Un médecin généraliste en centre de santé
- ✓ Un médecin généraliste en SMR soin palliatif
- ✓ Un médecin MPR en SMR soin palliatif
- ✓ Un Psychomotricien en centre de santé
- ✓ Un dentiste en centre de santé

Mr KREMER Arnaud  
Responsable Ressources Humaines  
[arnaud.kremer@ohs.asso.fr](mailto:arnaud.kremer@ohs.asso.fr) – 03 83 26 75 75




# NOUVEAU CLE CABRIOLET

Découvrez-le chez  
BPM Cars



Mercedes-Benz



Mercedes-Benz Nantes  
21 Le Croisy  
44700 Orvault  
02 40 16 81 81

Mercedes-Benz Nantes Sud  
2 Rue Antoine-Laurent de Lavoisier  
44400 Rezé  
02 40 57 74 00

Mercedes-Benz La Baule  
3461 Route de la Baule  
44350 Guérande  
02 51 73 78 60



Nouveau CLE Cabriolet | Consommations : 4,9-8,5 l/100 km (cycle combiné WLTP) ; Émissions de CO<sub>2</sub> : 130-192 g/km (cycle combiné WLTP). Nantes B 393 225 909

Pensez à covoiturer. #SeDéplacerMoinsPolluer