



conseil-national.medecin.fr

Médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

N° 104 – mai-juin 2026

* Christophe IAFANI, modérateur et secrétaire général adjoint



P.15

Les « Débats de l'Ordre »
se penchent sur la relation
médecin-patient



P.12

Calais : prendre
soin du cœur
des femmes

 **MON Exercice**

- Télémedecine : encadrer les usages pour en tirer pleinement parti
- Cadmium : une contamination silencieuse nécessitant une vigilance maximale

P.25

04 FOCUS

- Certificat médical, information préoccupante, signalement : trois outils, trois logiques

À LA UNE

- Le Cnom aux États généraux de la bioéthique, la Grande Consultation du Shift Project...



16 Temps fort

- Les « Débats de l'Ordre » se penchent sur la relation médecin-patient

10 En action

- Les initiatives dans le Conseil de l'Ordre de la Guyane
- Reportage : Calais, prendre soin du cœur des femmes

22 Point de vue

- Fin de vie : lever les tabous pour mieux accompagner les patients



25 MON Exercice

- Questions/réponses : notes personnelles
- Cadmium, une contamination silencieuse



RESTONS CONNECTÉS!



sur le web :
conseil-national.medecin.fr

sur X :
@ordre_medecins

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

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

32 Tendances

Directeur de la publication : D^r Jean-François Delahaye – Ordre des Médecins – 4, rue Léon-Jost – 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00 – Rédactrice en chef : D^r Catherine Guintoli-Centuri – Rédactrice en chef adjointe : D^r Lucie Jousse – Coordination : Isabelle Marinier – Eva Jednak – Conception et réalisation : CITIZENPRESS – 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris – Responsable d'édition : Kim Biegatch – Direction artistique : David Corvaisier – Maquette : Fabienne Laurent, Marie Dupont – Secrétariat de rédaction : Blandine Pouzin – Crédits photo : Gettyimages, Sylvie Dupic – Couverture : Gettyimages, Sylvie Dupic – Dépôt légal : à parution – n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Pr Stéphane OUSTRIC

Président de l'Ordre des médecins

Une année de mandature, déjà des résultats probants et de nombreux chantiers engagés.

Cette première année a été celle de choix assumés et d'actions concrètes.

Plus que jamais, l'Ordre s'affirme comme un interlocuteur incontournable qui anticipe les évolutions, porte les réformes structurantes pour accompagner les médecins au plus près de leur pratique, quels que soient leur mode d'exercice et leur spécialité, partout sur le territoire.

À ce jour, **65 articles du code de déontologie**, révisés pour permettre davantage de fluidité et de mixité des exercices, sont à l'examen au Conseil d'État. **La certification périodique** est lancée, avec une mise en œuvre reposant principalement sur les conseils départementaux. **Le droit d'exercice complémentaire**, organisé par l'Ordre et intégrant **la formation restreinte**, a désormais un cadre réglementaire stabilisé et est en voie de finalisation.

Ces dispositifs confirment le rôle central de l'Ordre dans l'accompagnement des parcours des médecins, pour répondre au mieux aux besoins de la population.

Vous le savez désormais : **la lutte contre toutes les formes de violences**, fondée sur la tolérance zéro, irrigue l'ensemble de nos actions. Dès le mois de juillet, nous avons demandé à être chargés de **la vérification de l'honorabilité** de tous les médecins. Indispensable, cette attestation vise à renforcer le lien de confiance avec les



patients et pose un principe clair : **aucune condamnation** incompatible avec l'exercice médical ne doit passer entre les mailles du filet, c'est inscrit dans le projet de loi petite enfance. Dans le même esprit, nous avons obtenu l'accès à **la plateforme IMI**, pour garantir qu'aucune sanction contre un médecin européen ne soit contournée. Nous avons également initié **l'expérimentation nationale sur la soumission chimique**, afin d'assurer un diagnostic médical et une prise en charge des victimes, sans condition de dépôt de plainte.

Pour renforcer la participation et la démocratie ordinaire dès les prochaines élections, nous avons tenu un engagement fort avec la mise en place du **vote électronique**, dont nous n'attendons plus que les derniers textes.

Toutes ces actions, **l'Inspection générale des finances les balaie d'un revers de la main** lorsqu'elle projette notre suppression ou notre fusion avec les autres professions de santé. La ligne rouge est franchie. Si l'Ordre disparaît, qui prendra en compte les situations concrètes vécues par les patients ? Qui garantira un traitement adapté aux réalités locales ? **Et qui veillera, au quotidien, à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité de l'exercice médical ?**

À l'horizon 2040, ce sont près de 450 000 médecins inscrits qu'il faudra accompagner. **Nous nous y préparons dès maintenant, et c'est ensemble que nous y arriverons.**

Certificat médical, information préoccupante, signalement : TROIS OUTILS, TROIS LOGIQUES (À NE PAS CONFONDRE)

Le point de vue de l'Ordre



DR CHRISTINE
LOUIS-VAHDAT
présidente de la
section Éthique et
déontologie du Cnom

« *Le médecin n'a pas à rester seul face au doute.* »

« Les médecins qui signalent des violences prennent un risque professionnel réel. Ils le font par sens du devoir, par éthique, pour protéger leurs patients, pour mettre à l'abri des victimes, pour sauver des vies. Il est de la responsabilité du législateur — et de l'Ordre — de faire en sorte que ce courage ne soit pas sanctionné.

Vers une protection spécifique du médecin ?
Beaucoup redoutent encore qu'un signalement ou une IP constituent une violation du secret professionnel. Lorsque le signalement ou l'information préoccupante sont effectués de bonne foi, le médecin ne peut voir sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire engagée. Il n'est en revanche pas à l'abri

de poursuites - par les auteurs présumés des violences notamment - l'exposant à des épreuves longues et dissuasives. Dans le cadre de sa politique de tolérance zéro contre toutes les formes de violences, le Conseil national de l'Ordre œuvre à l'instauration d'une protection spécifique des médecins et porte une proposition législative visant à réserver la saisine de la chambre disciplinaire à des autorités habilitées — ministre de la Santé, procureur, ARS ou conseils de l'Ordre. L'objectif : protéger ceux qui alertent.

Sur le terrain, les situations sont rarement évidentes : ambiguës, évolutives, elles peuvent placer le praticien dans l'incertitude. Nous harmonisons l'action des CD au travers des commissions Vigilance-Violence-Victime, pour accompagner les médecins dans la rédaction des signalements. Nous mettons à disposition des modèles de signalement et d'information préoccupante réalisés en collaboration avec les sociétés savantes. Nous développons des actions de formation des élus ordinaires et des médecins via les CNP et collègues.

Nos demandes sont simples et cohérentes : protéger le médecin signalant, et adapter la justice ordinaire aux enjeux de violence. »

La protection des patients vulnérables, en particulier des enfants, est un devoir déontologique. Face à une situation de maltraitance ou de danger, le médecin dispose de trois outils : certificat médical, information préoccupante et signalement. Parfois confondus, ils répondent chacun à une situation précise, mais peuvent être parfois utilisés conjointement. De son côté, le CNOM appelle à renforcer la protection juridique des médecins.

• Le certificat médical :

la description d'un état constaté

Le praticien décrit les lésions observées, le retentissement psychologique éventuel et les déclarations recueillies — en distinguant rigoureusement ce qu'il constate de ce qui lui est rapporté. La rédaction d'un certificat est un acte médical à part entière, dont la rédaction exige attention et rigueur. Deux limites s'imposent : il ne lui appartient ni de qualifier juridiquement les faits, ni de désigner un auteur présumé. Le médecin conserve un double du certificat dans le dossier médical du patient.

L'information préoccupante et le signalement : le curseur de l'urgence

• L'information préoccupante

Lorsque la situation d'un mineur inquiète sans que le danger soit immédiat, l'information préoccupante (IP), adressée à la Cellule de recueil d'information préoccupante (CRIP), vise à déclencher une évaluation par les services de protection de l'enfance. Point essentiel : l'IP ne requiert pas la certitude et peut comporter des informations que le médecin n'a pas constatées. Un faisceau d'indices suffit — retards de soins répétés, négligences, absentéisme, troubles du comportement, incohérences dans les explications de l'entourage.

• Le signalement

Le signalement s'adresse directement au procureur de la République lorsque la gravité ou l'urgence justifient une intervention judiciaire : violences graves, sévices sexuels, lésions évocatrices de maltraitance, commises sur toute personne, majeure comme mineure. Le Conseil national met à la disposition des médecins des guides de conduite et modèles de documents pour chaque situation, sur son site internet (<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/vigilance-violences-victimes>).















Le signalement et l'IP ne doivent pas être intégrés au dossier médical du patient.

Pour la pratique

IP, signalement, certificat, quelles différences ?

Article 226-14 du code pénal

Article 76
du code de déontologie médicale

INFORMATION PRÉOCCUPANTE	SIGNALEMENT	CERTIFICAT Article 76 CDM
 <p>Établie à l'initiative du médecin qui craint qu'un mineur soit en danger ou risque de danger</p>	 <p>Établi à l'initiative du médecin qui constate des sévices ou privations</p>	 <p>Établi à la demande du patient</p>
 <p>L'accord du mineur n'est pas obligatoire Les parents doivent être informés (sauf intérêt contraire du mineur)</p>	 <p>L'accord du mineur n'est pas obligatoire L'information des parents n'est pas obligatoire</p>	
 <p>- Explicite de manière précise et objective les faits préoccupants constatés ou rapportés (santé, sécurité, éducation, développement...) - Décrit les éléments cliniques nécessaires au traitement de la situation</p>	 <p>Écrit précis et objectif, contenant tous les éléments utiles qu'il a pu relever ou déceler dans la prise en charge de la victime : - Des constatations médicales, - Des propos ou le comportement de la victime, etc.</p>	 <p>Rédigé en principe sur la base des seules constatations médicales consignées avec précision : description des lésions (nature, dimension, forme, couleur, siège anatomique précis, etc.) et de l'état psychique de la victime</p>
 <p>Remis à la CRIP seule (dispositif lié de protection de l'enfance dépendant du conseil départemental)</p>	 <p>Remis au seul procureur de la République</p>	 <p>Remis au patient en main propre</p>
 <p>Le dossier médical ne contient pas de copie de l'information préoccupante</p>	 <p>Le dossier médical ne contient pas de copie du signalement</p>	 <p>Une copie est conservée dans le dossier médical</p>

Suppression ou fusion des Ordres : les propositions de l'IGF déconnectées de la réalité

Le Conseil national de l'Ordre des médecins conteste les conclusions de l'Inspection générale des finances (IGF) et rejette fermement les pistes de suppression ou de fusion des Ordres proposées, totalement déconnectées des réalités du terrain. Le document présente une lecture à charge qui passe sous silence les réformes déjà engagées depuis plusieurs années et renforcées depuis juin 2025.

Ses propositions radicales, telles que la suppression ou la fusion des Ordres, reposent sur des scénarios non chiffrés et ignorent la réalité de la régulation de plus de 340 000 médecins. Elles traduisent une vision centralisatrice et

éloignée des besoins et des réalités des territoires. La régulation par les pairs, loin d'être un principe abstrait, est une garantie concrète pour les patients : elle permet de concilier exigence déontologique, connaissance du terrain et prise en compte des situations individuelles, au plus près des réalités de l'exercice.

L'Ordre refuse que les médecins servent de boucs émissaires des dysfonctionnements du système de santé et appelle à un débat responsable, fondé sur les réalités et non sur des postures idéologiques.

+ d'infos Lire le communiqué de presse

Terrorisme et psychiatrie : le Cnom s'oppose à cet amalgame



La loi dite « loi Rodwell », visant à renforcer la sécurité et la prévention des risques d'attentat, vient d'être adoptée. Elle prévoit d'étendre le recours aux soins sans consentement à certaines personnes étrangères sous OQTF, jugées dangereuses en raison de leur radicalisation. Pour le Cnom, cette orientation fait peser un risque majeur de confusion entre prise en charge psychiatrique et gestion de la menace terroriste. En s'alignant sur l'alerte lancée par les psychiatres de terrain, les chercheurs et les experts de la discipline, l'Ordre s'oppose à un glissement

qu'il juge à la fois inefficace sur le plan sécuritaire et délétère pour le système de soins. Les dispositifs nécessaires à la prise en charge des rares situations psychiatriques existent déjà au niveau national et permettent d'identifier efficacement les patients nécessitant des soins sous contrainte. Le Cnom confirme qu'une telle mesure entraînerait des conséquences délétères sur le système de soins psychiatriques, aucun parcours de soins cohérent ne pouvant être mis en œuvre pour une personne sous OQTF en raison de sa situation administrative.

États généraux de la bioéthique : LE CNOM PREND PART AUX DÉBATS



« Tout ce qui est techniquement possible n'est pas humainement souhaitable. »

JEAN LEONETTI

En participant activement aux États généraux de la bioéthique 2026, la section Éthique du Conseil national de l'Ordre des médecins s'inscrit dans une démarche de réflexion collective portée par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Avec un objectif clair : porter la voix des praticiens.

Notre déontologie traduit les valeurs personnelles en obligations claires et exigibles.

Éthique et déontologie guident nos décisions cliniques et relationnelles, pour assurer une pratique médicale respectueuse, responsable et humaine, c'est la ligne de crête entre la science et la conscience.

Les États généraux de la bioéthique 2026 sont une vaste démarche de réflexion collective associant citoyens, professionnels de santé, chercheurs, associations et institutions autour des grandes transformations scientifiques, médicales, environnementales et sociétales. Organisée tous les cinq ans par le CCNE et structurée autour de plusieurs thèmes, cette consultation vise à éclairer la prochaine révision des lois de bioéthique en croisant les points de vue.

Cette année encore, la section Éthique et déontologie du Cnom s'est pleinement inscrite dans ce dispositif, en prenant part à une série de séminaires consacrés à des enjeux majeurs : génétique, médecine à l'ère de l'intelligence artificielle, sobriété en santé, liens entre santé et environnement, ou encore prévention en santé publique.

L'éthique médicale est notre point d'ancrage dans un monde en mutation qui garantit la dignité, la liberté et la confiance patient-médecin et nous protège d'une science sans conscience.

Elle forge les valeurs personnelles qui définissent le médecin.

Les enjeux

Les États généraux de la bioéthique se déroulent dans un contexte qui doit prendre en compte : une accélération scientifique et technologique sans précédent, l'essor de l'intelligence artificielle, du séquençage génétique et des technologies émergentes, des pressions environnementales majeures, tout cela dans une société traversée par des tensions éthiques, culturelles et sociales importantes.

Le Cnom a participé à la consultation publique en apportant une voix professionnelle, déontologique et humaniste, consciente du double mouvement décrit par Jean Leonetti : le désir de connaissance et la nécessité de s'imposer des limites.

L'Ordre publie son rapport d'activité 2025

Comme chaque année, le Cnom a publié son rapport d'activité pour l'année 2025. Vous y retrouverez des explications sur le fonctionnement de l'Ordre, un retour sur les élections et le nouveau bureau et les nouveautés institutionnelles engagées en juin dernier. Le rapport revient également sur les grands chantiers qui ont marqué l'année précédente : la certification périodique et le droit d'exercice complémentaire, l'action de l'Ordre sur le plan législatif, la lutte contre tout type de violence, la question de la fin de vie ou encore celle de la désinformation. La publication revient également sur l'activité des sections, des délégations générales et des services et commissions.

+ d'infos [Lire le rapport d'activité](#)



Grande Consultation Santé du Shift Project : les médecins invités à prendre la parole



Comment continuerons-nous à soigner en 2050 ? Le Shift Project, groupe de réflexion engagé pour une économie post-carbone, et l'association The Shifters posent la question aux professionnels de santé. L'objectif de la consultation est double. Il s'agit de mieux comprendre la perception des soignants sur ces enjeux Santé-Énergie-Climat, mais aussi

d'identifier ce qui les aide à agir, ce qui les freine et les solutions qui pourraient faciliter la transition de leurs pratiques.

Un questionnaire pour saisir la réalité du terrain

Le questionnaire, anonyme, se remplit en une quinzaine de minutes et s'adresse aux médecins, quels que soient leur mode d'exercice, leur spécialité ou leur territoire.

Pour le Shift Project et les Shifters, l'ambition est de faire remonter les réalités du terrain afin de nourrir le débat public et de donner davantage de place aux professionnels de santé dans les réflexions sur l'adaptation du pays au changement climatique et à la raréfaction des ressources énergétiques.

Les résultats doivent être publiés fin 2026. Les participants aideront à documenter les préoccupations, les priorités et les leviers d'action de celles et ceux qui soignent au quotidien.

+ d'infos [Participer à la Grande enquête du Shift Project](#)

L'Association Médicale Panhellénique, AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ GREC

L'Association Médicale Panhellénique (PiS) est l'organe central de coordination et de supervision de l'ensemble des associations médicales et des médecins en Grèce. En tant qu'organisme de droit public, elle fait office d'organe consultatif auprès de l'État pour les questions de santé et de sécurité sociale. Elle a pour mission de défendre les médecins, de promouvoir la qualité et l'éthique des soins, de soutenir l'enseignement et la formation en médecine, et de représenter la profession médicale aux niveaux national, européen et international. À ce titre, elle collabore étroitement avec le Cnom et plusieurs organisations médicales européennes et internationales.

Principaux défis à relever

La Grèce dispose d'un système de santé universel reposant sur le Système national de santé, complété par un secteur privé important. Bien que le pays compte une forte densité de médecins, le système de santé continue de faire face à des défis structurels majeurs, dont beaucoup trouvent leur origine dans la crise financière de 2008 :

- Un sous-financement chronique et un déséquilibre entre les secteurs public et privé, avec un niveau élevé de dépenses à la charge des ménages ;
- Des inégalités territoriales dans l'accès aux soins de santé ;
- Une pénurie de médecins et de personnel de santé dans les hôpitaux publics ;
- Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques ;
- Des insuffisances persistantes dans l'organisation des soins primaires, en particulier concernant l'accès aux médecins généralistes ;
- Les conditions de travail et l'attractivité du secteur public, dont les niveaux de rémunération sont historiquement bas au regard des standards européens.

Priorités et actions

Parmi ses priorités figurent la défense des conditions d'exercice des médecins et la soutenabilité économique de leur activité, notamment face aux mécanismes de *rebate* et de *clawback*. Instaurés pour répondre à des contraintes budgétaires, ces dispositifs de réductions tarifaires et de récupérations a posteriori sont régulièrement dénoncés pour leur impact sur la viabilité économique des professionnels de santé et sur leur capacité d'investissement.

L'association accorde une attention particulière au renforcement de l'hôpital public, notamment dans les îles et les zones les plus éloignées, qui connaissent des pénuries de personnel médical. L'association plaide ainsi pour un renforcement des incitations à l'installation afin de garantir un accès équitable aux soins, de limiter le recours aux transferts sanitaires et de soutenir le développement durable de ces territoires. Face à l'augmentation des violences à l'encontre des professionnels de santé, les autorités grecques ont récemment renforcé leur dispositif de protection (durcissement de la réponse pénale, amélioration des mécanismes de signalement...). Une évolution soutenue par l'association, qui appelle à sa pleine mise en œuvre. Dans un contexte marqué par l'essor rapide de l'intelligence artificielle, l'association souligne la nécessité d'en garantir un usage éthique, sûr et responsable. Elle soutient le développement de formations et de mécanismes de certification adaptés, dans le respect des exigences déontologiques de la profession.

6, 7 médecins pour 1000 habitants
+ de 68 000 médecins (dont + de 30 000 femmes)



Dr KONSTANTINOS **KOUTSOPOULOS**

l'ancien vice-président de l'association et actuel vice-président du CEOM,

« L'Association Médicale Panhellénique (PiS) est pleinement engagée dans la défense des valeurs fondamentales de la profession médicale et le développement d'un dialogue continu avec ses partenaires européens et internationaux. La coopération institutionnelle constitue un levier essentiel pour répondre aux défis communs de notre profession. »

DANS LES CONSEILS DE L'ORDRE

Spécial
Guyane

À SAINT-LAURENT-DU-MARONI, LA MAISON DE SANTÉ LÉOPOLD FACE AUX DÉFIS DU DÉSERT MÉDICAL GUYANAIS

Cette structure, qui a ouvert ses portes en 2021 à Saint-Laurent-du-Maroni, est née d'un constat partagé : face aux difficultés d'accès aux soins, il fallait inventer une nouvelle façon d'exercer. Après avoir créé l'association Santé ensemble, une petite équipe de soignants s'est fédérée autour d'un espace qui lui ressemble : une maison avec un grand jardin, leur permettant de faire « *la médecine qu'ils souhaitent* », confie le Dr Moubitang, médecin généraliste depuis 25 ans. Pensée comme un lieu de soin, mais aussi de vie pour une communauté, la MSP Léopold - en hommage à l'entrepreneur décédé ayant coordonné le projet immobilier - rassemble aujourd'hui une douzaine de professionnels sur site. D'autres, hors les murs, participent pleinement au projet de santé. Grâce à la labellisation, une coordinatrice organise les parcours et les temps de concertation sans alourdir la charge des soignants. La MSP a ainsi pu développer cinq actions liées aux besoins du territoire. Un exemple : un service de vaccination permettant d'accueillir les familles, en prenant le temps d'expliquer le geste vaccinal et d'aborder plus largement l'éducation à la santé. La maison de santé porte propose aussi des initiatives plus originales, comme un atelier de chant thérapeutique Gospel, ouvert aux patients et aux soignants. Son espace de coworking est investi par des internes préparant leur thèse, des étudiants, des travaux scientifiques en cours... Une manière de faire de la MSP un lieu de transmission, d'innovation et d'ancrage territorial. « *On se sent moins prisonnier de nos difficultés quand on les partage* », résume le Dr Moubitang pour qui les contraintes propres à la Guyane ne doivent pas conduire à renoncer à l'ambition. « *Ce n'est pas parce que nous faisons face à des situations complexes que nous ne devons pas être dans l'innovation et l'excellence.* »

À SAINT-GEORGES DE L'OYAPOCK, UN DISPENSAIRE TRANSFORMÉ EN HÔPITAL DE PROXIMITÉ

À Saint-Georges de l'Oyapock, les portes sont désormais ouvertes 24h/24. L'ancien centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS) a connu un changement majeur en devenant un hôpital de proximité. Une transformation attendue pour ce territoire isolé de l'Est guyanais, où il faut compter près de trois heures de route pour rejoindre le centre hospitalier de Cayenne.

Jusqu'alors, l'offre de soins reposait sur une présence minimale, avec un infirmier, un interne ou un médecin, assurant des consultations à des horaires fixes, sauf en cas d'urgence. Mais les besoins de la population, estimée entre 5 000 et 6 000 habitants, dépassaient largement le cadre d'un simple dispensaire. La proximité avec le Brésil et l'arrivée régulière de patients venus se faire soigner ou accoucher ont renforcé la nécessité d'une prise en charge continue.

Le nouvel hôpital dispose désormais de services essentiels - pharmacie, biologie, imagerie - associés à une équipe élargie associant médecins, infirmiers et services sociaux. L'objectif est clair : soigner sur place autant que possible et limiter les évacuations vers Cayenne. Des coopérations régulières avec le CHU complètent ce dispositif. Infectiologues, pédiatres, biologistes ou ophtalmologues se déplacent pour des consultations programmées. Une manière concrète d'aller vers les patients, au plus près de leurs besoins.

Vers une formation médicale complète en Guyane

En Guyane, les étudiants en médecine ne peuvent aujourd'hui pas poursuivre leur cursus au-delà du premier cycle sans quitter le territoire. Une contrainte majeure alors que le département souffre d'un manque aigu de médecins et que de nombreux jeunes souhaitent s'engager dans ces études. Sous l'impulsion du professeur Pierre Couppié, doyen de la faculté de Cayenne, une nouvelle étape se dessine : la possibilité de poursuivre les études de médecine au-delà de la troisième année.

Pour cela, plusieurs conditions doivent être remplies : structurer les dispositifs d'enseignement, développer les offres de stage et mobiliser les professionnels de santé afin que les étudiants puissent être accueillis dans des conditions optimales.

À ce jour, les conditions nécessaires à une formation complète sur six années ne sont pas encore réunies. Le territoire fait notamment face à un déficit de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), indispensables à l'encadrement académique et clinique. Par ailleurs, certains services spécialisés, comme la rhumatologie ou la cancérologie, restent insuffisamment développés, ce qui ne permet pas aux étudiants d'être formés à l'ensemble des disciplines requises.

Pour rendre cette ambition possible, plusieurs chantiers restent à mener. Parmi eux, l'homologation des services hospitaliers et des cabinets libéraux afin qu'ils puissent accueillir externes et internes. L'objectif est clair : proposer une formation médicale complète sur le territoire, limiter les départs contraints et favoriser le retour des étudiants guyanais.



3

QUESTIONS À

D^R FELIX **NGOMBA**
président du CDOM
de la Guyane



POUVEZ-VOUS ME PRÉSENTER VOTRE CDOM ?

C'est un petit conseil sur un territoire vaste et éclaté. Nous avons 874 inscrits, toutes spécialités confondues, pour une population officiellement estimée à 300 000 personnes, mais probablement plus proche des 400 000 si l'on tient compte des migrations irrégulières.

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DE VOTRE DÉPARTEMENT ?

Le manque de moyens et de médecins - généralistes, comme spécialistes - est criant en Guyane. Plusieurs raisons à cela : le vieillissement de la population médicale, mais surtout un déficit d'attractivité de la Guyane lié au coût de la vie, au manque d'infrastructures et à des conditions d'exercice difficiles (insécurité, précarité...). C'est la raison pour laquelle nous demandons la mise en place de mesures incitatives - dispositifs fiscaux, renforcement de la sécurité, promotion du territoire - pour attirer des médecins. Aujourd'hui, l'absence de certaines spécialités nous contraint à procéder à l'évacuation sanitaire de malades. Les conventions interhospitalières permettent de faire venir des praticiens quelques jours par mois, mais c'est insuffisant pour répondre aux besoins. À cela s'ajoute un accès compliqué aux bassins de population. Certaines communes très isolées ne sont accessibles qu'en pirogue, en hélicoptère sanitaire ou en avion. L'idée est d'être mobiles et d'amener les soins sur place à l'aide de dispensaires de proximité (CDPS).

QUEL IMPACT CELA A-T-IL SUR L'EXERCICE MÉDICAL ?

À Cayenne, les médecins travaillent énormément. Les journées démarrent tôt, car les patients sont nombreux. Le manque de spécialistes pousse les généralistes à élargir leur champ de compétences. Certains se forment pour prendre en charge des pathologies qui relèvent habituellement d'autres spécialités. Enfin, nous essayons aussi de collaborer et de nous regrouper entre professionnels de santé, notamment au sein des MSP.



CALAIS: PRENDRE SOIN DU CŒUR DES FEMMES



↑ Pour aider les femmes à prendre soin de leur santé cardiovasculaire, 65 Journées du Cœur des Femmes vont être organisées en 2026, partout en France. Ces événements sont déployés par la Fondation Agir pour le Cœur des Femmes en partenariat avec des acteurs engagés pour la santé des femmes : centres hospitaliers, cliniques...

Début juin, le Centre Hospitalier D' Jean Éric Techer accueillait la Journée du Cœur des Femmes. Une opération de prévention et de dépistage du risque cardiovasculaire chez les femmes. L'enjeu : identifier les facteurs de risques et les orienter vers un parcours de soins adapté.

À 10 h, le hall de l'hôpital de Calais est déjà en effervescence. Le rose vif et le logo de la Fondation Agir pour le Cœur des Femmes se déploient sur les nappes, ballons et tee-shirts. L'atmosphère contraste avec la blancheur des couloirs hospitaliers. Le pas hésitant, Peggy signale sa présence à l'accueil. À 52 ans, elle s'est inscrite à l'événement Journée du Cœur des Femmes pour faire le point sur sa santé cardiovasculaire. Ce mardi 2 juin, l'établisse-

ment accueille pour la deuxième année consécutive cet événement gratuit de prévention et de dépistage des maladies cardiovasculaires et gynécologiques. Une mobilisation nationale qui se décline partout en France, avec le soutien de l'Assurance maladie et la Fondation Agir pour le Cœur des Femmes.

Des spécificités féminines

Chaque jour en France, 200 femmes meurent des suites d'une maladie cardiovasculaire. Pourtant, elles sont encore nombreuses à penser que ces pathologies concernent surtout les hommes. Loin devant le cancer du sein, l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus du myocarde restent les premières causes de mortalité féminine. « Aux facteurs de risques classiques (hypertension, diabète, cholestérol,

SUR LE TERRAIN



↑
L'objectif : sensibiliser les femmes aux risques d'accidents cardiovasculaires, leur faire connaître les signaux d'alerte qui doivent les amener à consulter et les encourager à s'écouter davantage.

tabac, surpoids, sédentarité) s'ajoute un risque hormonal spécifique lié à la grossesse, la ménopause et la contraception qui peut occasionner des complications cardiovasculaires », explique le D^r Abdallah Khattane, cardiologue. Bien souvent, les femmes méconnaissent et minimisent des signaux d'alerte qui se manifestent par des symptômes atypiques : nausées, troubles digestifs, fatigue chronique, douleurs entre les omoplates ou aux bras. « Entre vie personnelle et vie professionnelle, les femmes ne prennent pas le temps de prendre soin d'elles, complète Mélanie Hénon, cadre de santé organisatrice de cette journée. Certaines n'ont pas de suivi médical. Ici, elles ont la possibilité d'avoir un parcours de dépistage complet. »

Un dépistage en sept étapes

Peggy sillonne le rez-de-chaussée de l'hôpital et enchaîne les examens. Deux heures de parcours de dépistage pour vérifier sa tension, son bilan métabolique et rénal, l'activité de son cœur et sa santé gynécologique. « Nous



↑
94 femmes ont pu bénéficier d'un parcours de dépistage cardiogynécologique complet au Centre Hospitalier D^r Jean Éric Techer.

avons rajouté une étape consacrée à la santé mentale qui influence le risque cardiovasculaire chez la femme », note Mélanie Hénon. Dernière étape du parcours : l'entretien en aparté avec un cardiologue. Peggy remet au D^r Khattane le livret de dépistage qui compile ses résultats. « Votre âge, votre hypertension et votre cholestérol élevé sont des facteurs de risques qui nécessitent un suivi cardiologique », formule le médecin, avant de l'accompagner au stand « secrétariat » pour fixer un rendez-vous. « Je pensais avoir moins de tension artérielle mais j'ai découvert qu'elle était encore élevée. Je dois faire des corrections dans mon alimentation et freiner la cigarette », reconnaît Peggy. Selon la Fondation Agir pour le Cœur des Femmes, 8 accidents cardiovasculaires sur 10 peuvent être évités grâce à une bonne hygiène de vie, un dépistage et un suivi médical régulier. À l'issue de cette journée, 94 patientes de tous âges et milieux sociaux auront été dépistées grâce à la mobilisation de 56 professionnels de santé. « Faire du repérage et de la prévention est capital. Mieux vaut prévenir que guérir », assure le Docteur.



Le
reportage
en vidéo

Pr Marie-Odile KREBS

Psychiatre, professeur à l'Université Paris Cité et directrice de recherche Inserm



« Les patients atteints de troubles psychiatriques sont encore trop souvent stigmatisés. »

Dans sa pratique clinique comme dans ses recherches, Marie-Odile Krebs s'engage en faveur du repérage précoce des troubles psychiatriques et du développement de soins personnalisés.

Son ambition ? Guérir des patients encore trop souvent confrontés à la stigmatisation.

Peu après son internat en psychiatrie, Marie-Odile Krebs choisit de mener de front activité clinique et recherche. « *La recherche en neurobiologie et en psychiatrie est essentielle pour mieux comprendre les pathologies et développer des thérapies au bénéfice des patients atteints de troubles psychiatriques, encore trop souvent stigmatisés, y compris par les soignants* », souligne-t-elle. Les approches translationnelles en psychiatrie, qui visent à traduire des connaissances acquises sur des modèles précliniques vers la clinique, constituent le socle de son équipe de recherche ainsi que de l'Institut de Psychiatrie, fondé sous son impulsion. « *Les études montrent qu'aujourd'hui, il est possible de prévenir et de traiter efficacement les troubles psychiatriques* », affirme-t-elle, y compris les formes les plus sévères, comme les psychoses.

Ce changement de paradigme repose avant tout sur un dépistage le plus précoce possible, afin d'optimiser les chances de guérison. C'est dans cette perspective que son équipe développe, dès 2006, le réseau national Transition, au sein duquel s'inscrit le programme PsyCARE, qui déploie de nouvelles pratiques de détection et d'interventions préventives. « *Nous développons actuellement des modules d'e-learning pour aider les soignants au repérage précoce, précise la psychiatre. L'un d'entre eux sera à destination des médecins généralistes.* »

FAITS MARQUANTS

- 2001 : elle crée l'équipe de recherche Physiopathologie des maladies psychiatriques (Inserm Université Paris Cité).
- 2012 : l'Institut de Psychiatrie, une association de chercheurs et de cliniciens, est fondé sous son impulsion.
- 2020 : elle coordonne le programme national RHU PsyCARE porté par l'Inserm et le GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Des premiers signes perceptibles dès l'adolescence

Le repérage et l'orientation peuvent d'abord s'appuyer sur PRIMO®, un autoquestionnaire rapide et anonyme d'évaluation disponible sur www.santepsyjeunes.fr. Cet outil s'adresse aux jeunes comme à leur entourage. En effet, 75 % des troubles psychiatriques apparaissant avant l'âge de 25 ans, les premiers signes se manifestant souvent dès l'adolescence. L'objectif est d'orienter les personnes vers les ressources et les professionnels les plus adaptés. « *La prise en charge peut débuter avant même qu'un diagnostic formel soit posé, rappelle-t-elle. Elle doit être personnalisée et s'appuyer sur des approches ayant fait leurs preuves à l'international : évaluation globale somatique, psychologique et de l'environnement social du patient, information de celui-ci et ses proches sur ces troubles et comment y faire face, accompagnement par un professionnel pour coordonner toutes les interventions et, si nécessaire, traitement médicamenteux.* »



Les « Débats de l'Ordre » se penchent sur la relation médecin-patient

Le 8 avril, l'Ordre national des médecins inaugurerait une nouvelle édition des « Débats de l'Ordre », dédiée à la relation médecin-patient. Si cette journée d'échanges a mis en évidence la nécessité de remettre l'humain au cœur de la pratique médicale, en redonnant toute sa dimension à la relation soignant-soigné, elle a surtout souligné l'urgence d'intégrer l'apprentissage des compétences relationnelles dans la formation initiale des médecins. Explications.



« J'aimerais que les jeunes générations apprennent le lien à l'université »

DR^R LUCIE **JOUSSE**
vice-présidente du Cnom

En médecine de ville comme à l'hôpital, le constat est le même : le temps dont le médecin dispose pour recevoir son patient se resserre. En parallèle, l'intelligence artificielle bouleverse l'accès au savoir médical. C'est à cet endroit que la relation médecin-patient est prise en étau : entre consultations raccourcies et patients en recherche de repère. C'est pourquoi le Cnom a souhaité consacrer une journée d'échanges à la question fondamentale du lien.

S'il n'y avait qu'une chose à retenir des quatre tables rondes organisées tout au long de la journée, la voici : le lien ne va pas de soi. Bien au contraire, il s'apprend et se travaille. Pour le Dr Lucie Jousse, vice-présidente du Cnom et instigatrice de cette journée de réflexion, construire la relation entre le médecin et son patient n'a rien d'évident : « *On a tendance à penser que c'est une compétence innée, mais ce n'est pas vrai.* » Longtemps, cet apprentissage s'est fait sur le terrain, au contact des malades et des pairs, puis s'est consolidé avec l'expérience. « *Je pense qu'il est important qu'il soit désormais enseigné* », défend la généraliste qui milite pour que le lien, la communication et l'empathie trouvent leur place sur les bancs de l'université.

DÉBATS



← P^r Chanques, vice-doyen de la Faculté de médecine Montpellier-Nîmes.

→ M^{me} Tourette-Turgis, présidente fondatrice de l'Université des patients.



DE L'ORDRE

L'enjeu est de taille : un patient qui ne se sent pas écouté peut perdre confiance et s'éloigner du soin. « *S'il n'est pas rassuré par son médecin, il ira en voir un autre* », rappelle le D^r Jousse, pointant le risque d'errance médicale, voire de perte de chance. Dans une médecine de plus en plus technique, la relation reste la condition de l'adhésion au diagnostic et au traitement.

[+ d'infos](#)

Découvrez nos vidéos

Après cette journée, riche d'enseignements, plusieurs retombées concrètes se dessinent. Premièrement, le Cnom a été auditionné par l'Académie nationale de médecine, qui mène une réflexion sur le lien médecin-patient. En parallèle, le D^r Jousse consolide un groupe de travail avec plusieurs intervenants des Débats. Leur feuille de route : élaborer des propositions concrètes à destination du ministère de l'Enseignement supérieur pour intégrer la relation médecin-patient au socle obligatoire de la formation médicale. L'enjeu est de passer d'initiatives locales à une formation commune pour tous les futurs praticiens. « *Est-ce que cela va aboutir? Cela prendra certainement du temps, mais les choses sont déjà en marche* », souligne-t-elle.



TABLE RONDE N° 1

QUE SIGNIFIE LE LIEN EN SANTÉ?

Sans lien, peut-il y avoir du soin ?

Peut-on soigner sans lien ? C'est par cette question que s'est ouverte la première table ronde de la journée. Pour le philosophe Éric Fiat, la réponse est sans équivoque : « *Sans lien, il peut y avoir des traitements mais pas de soin.* » En reprenant la distinction anglo-saxonne entre *cure* et *care*, il souligne qu'un patient ne vient pas seulement chercher une réparation, mais bien une attention. « *Tout patient aspire à être traité comme un cas particulier d'une maladie* », rappelle-t-il. Le soin commence là : dans la reconnaissance d'une personne et de sa singularité.

Aline Cristiani, patiente-partenaire dont le rôle consiste à aider d'autres malades à exprimer leurs besoins et leurs attentes au médecin, résume ainsi l'enjeu : « *Vous êtes mon médecin, je fais partie de vos patients. Comment me rendre singulière au moment où l'on se rencontre ?* » Car le patient ne se réduit jamais à son organe malade ou à sa pathologie : il reste une personne avec sa vie, ses projets, son histoire.

Retrouver une forme d'équilibre

Cette relation est structurellement marquée par une forte dissymétrie. « *Un patient qui consulte son médecin se trouve dans un état de vulnérabilité* », pose d'emblée le D^r Christine Louis-Vahdat. Deux éléments apparaissent essentiels pour rendre la relation plus transversale : d'une part, le secret médical qui ouvre la possibilité d'une confiance entre médecin et patient mais aussi le devoir de partager une information « *claire et loyale* », comprise par le patient, afin de lui permettre de faire un choix éclairé.

Le P^r Céline Bourgier va dans le même sens. Elle rappelle que la confiance, l'écoute et l'empathie sont indispensables pour construire l'alliance thérapeutique, qui va permettre la meilleure prise en charge possible. En cancérologie, cette adhésion du patient est d'autant plus nécessaire que les traitements lourds perturbent la vie dans la durée.

Le lien, un enseignement manquant

Reste une difficulté majeure : Marie Bérénice Roux, vice-présidente de l'ISNI, observe que ce lien demeure encore insuffisamment enseigné. « *On nous dit qu'il s'apprend au lit du malade. Ce qu'on aimerait, c'est que cette formation se*



Participants

- **ALINE CRISTIANI**, patiente partenaire auprès des services d'oncologie médicale/chirurgie et cancérologie gynécologie mammaire
- **D^r CHRISTINE LOUIS-VAHDAT**, présidente de la section Éthique et déontologie
- **D^r YANNICK NEUDER**, ancien ministre de la Santé et député
- **P^r ERIC FIAT**, philosophe et Professeur des universités
- **P^r CÉLINE BOURGIER**, PU-PH de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, coordonne une UE « Savoir-être et communication thérapeutique »
- **D^r MARIE BÉRÉNICE ROUX**, vice-présidente de l'ISNI en charge des politiques de santé

Modérateur : D^r PHILIPPE DOMBLIDES, secrétaire général adjoint du Cnom

fasse à l'université », plaide-t-elle. « *Il existe une prédisposition personnelle à l'échange mais on peut acquérir les connaissances pour que ce lien se crée au bon endroit* », abonde l'ancien ministre de la Santé Yannick Neuder qui appelle à « *repenser les études de médecine* ». D'où un appel partagé à réintroduire davantage d'humanités, d'éthique et de formation à la communication dans les cursus.

Cette rencontre aura rappelé une évidence : la médecine ne se réduit pas à une succession d'actes techniques. Derrière les protocoles et les traitements, c'est la qualité de la relation humaine qui fait le soin. Et c'est sans doute dans ce lien, fragile mais essentiel, que se joue la possibilité de trouver la meilleure réponse face à la maladie.

TABLE RONDE N° 2

COMMENT CRÉER DU LIEN À L'HEURE DE LA SURINFORMATION?

La surinformation, une menace pour la relation patient-médecin ?

Internet, réseaux sociaux, agents conversationnels... Jamais les patients n'ont eu accès à autant d'informations de santé. Cette surabondance d'information ne les rend pas toujours mieux informés, mais elle modifie sans aucun doute la relation avec le médecin. C'est tout l'enjeu de cette table ronde : comment préserver le lien de confiance quand l'information - et les fake news - circule partout ?

De la « page blanche » au patient engagé

D'emblée, le D^r Christophe Tafani pose le cadre : « Les patients arrivent à leurs rendez-vous extrêmement informés sur leurs pathologies. »

Le dialogue ne se joue donc plus entre un sachant et un patient mais entre deux personnes aux niveaux

de connaissance différents. Si Atika Bokhari nuance en rappelant que le patient n'a jamais été « vierge » de croyances, elle suggère qu'en réalité, « l'IA amplifie cette réalité. Il faut accueillir ce que le patient apporte, lui demander ce qu'il sait et ce qu'il craint, pour l'accompagner ».

Pour le D^r Florent Jendrzejewski, cette évolution peut être positive car elle permet, dans le meilleur des cas, d'enrichir la consultation avec des patients « plus curieux, engagés et mieux préparés ». La limite de l'exercice étant qu'une recherche mal interprétée peut générer de l'autodiagnostic, de l'anxiété, voire de la défiance. Le rôle du médecin devient alors de « contextualiser l'information pour que le patient reparte avec de la connaissance ».

Conserver tout ce qui fait l'art médical

C'est pour cette raison que le médecin doit prendre garde à ne pas se concentrer uniquement sur son expertise technique selon le P^r Anthony Gelis, qui revendique la part « artisanale » du métier : perception des éléments de communication non verbale, intuition, capacité à ajuster sa posture en fonction des besoins du patient... « Tout ce qui fait l'art médical », plaide-t-il, ajoutant que le rôle du médecin est plus que jamais « d'éclairer ». Face à la désinformation, cette fonction de guide devient décisive pour Dominique Noël, afin d'avoir des repères dans un espace saturé de contenus.

Dans ce contexte, l'émergence de l'IA constitue-t-elle un facteur de déstabilisation de plus ? « Sûrement pas », répond le P^r Serge Uzan qui assure qu'elle ne remplacera pas l'humain mais viendra, au contraire, l'aider à gérer des patients avec des maladies multiples, des chronicités... « À une condition : que la médecine ne soit pas pilotée par la donnée, mais assistée par elle. »

En fine, l'accès à l'information ne détruit pas le lien : elle oblige à le reconstruire autrement. À l'ère de l'infobésité, le médecin demeure irremplaçable, non parce qu'il sait tout, mais parce qu'il peut hiérarchiser, expliquer et aussi... douter. Car alors que les IA ont tendance à toujours vouloir trancher, l'incertitude fait, sans aucun doute, partie intégrante de la prise en charge.



Participants

- **DOMINIQUE NOËL**, Présidente du festival de la communication santé – Festicomsanté
- **D^r ATIKA BOKHARI**, présidente de l'ISNAR-IMG
- **D^r FLORENT JENDRZEJEWSKI**, président de SOS Médecins Beauvais, créateur de contenus sur les RS
- **P^r ANTHONY GELIS**, PU-PH de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, forme à la communication
- **P^r SERGE UZAN**, doyen honoraire et conseiller santé auprès de la présidence de Sorbonne Université

Modérateur : D^r CHRISTOPHE TAFANI, secrétaire général adjoint du Cnom

TABLE RONDE N° 3

COMMENT BIEN COMMUNIQUER POUR CRÉER LE LIEN ?

La communication, une compétence à part entière ?

Que signifie « bien communiquer » en médecine ? Pour le P^r Alexandre Duguet, la réponse est loin d'être évidente : s'agit-il de « transmettre des informations claires » ou d'« accueillir une personne qui s'effondre » ? Pour répondre à cette question, le D^r Barbara Minondo invite à revenir à l'étymologie du mot *communicare* qui renvoie à l'idée de « créer du lien ». Elle rappelle que la communication repose d'abord sur la qualité de la relation. Sans cela, l'information ne peut circuler correctement, en particulier dans des contextes sensibles comme peuvent l'être la psychiatrie ou les soins palliatifs. « Si la connexion n'est pas là, il est difficile d'échanger. »

Une compétence qui s'acquiert

Dans la pratique, savoir bien communiquer peut profondément changer la donne. Damien Dubois, co-fondateur des Patients s'engagent, parle d'un véritable « facteur différenciant ». Le patient peut avoir envie d'être très informé, besoin d'être accompagné ou simplement écouté. La capacité d'adaptation du médecin est donc primordiale.

Or, contrairement aux idées reçues, pour bien communiquer, s'appuyer uniquement sur l'intuition ne suffit pas. « La communication repose sur des compétences très techniques qui s'apprennent. Et on ne le fait pas beaucoup dans nos études », regrette le D^r Amandine Luquiens, qui a fait de ce sujet sa spécialité. Pourtant, la façon dont le médecin entre en relation avec le patient conditionne la suite de l'échange. Créer un espace où il peut s'exprimer, sans craindre d'être jugé ou interrompu, est la condition de l'alliance thérapeutique. Cela suppose un travail sur soi, pour identifier, par exemple, les stéréotypes dont il peut être porteur ou créer l'espace permettant d'accueillir l'autre.

S'outiller pour mieux communiquer

Face à la multiplication des situations de conflits, le P^r Alexandre Duguet « milite pour que l'on s'occupe, enfin, des aspects relationnels ». Il dresse le parallèle



Participants

- D^r BARBARA MINONDO, auteur d'une thèse sur la relation au cœur de la psychiatrie - apport de la communication non violente
- D^r CÉCILE BASSI, membre de l'association CapCNV Santé
- P^r ALEXANDRE DUGUET, créateur du diplôme de CNV à la Faculté de médecine de Sorbonne Université, un interne de cette formation
- D^r AMANDINE LUQUIENS, assure une formation en communication sur les soins discriminatoires et le bien-être des médecins à la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes
- DAMIEN DUBOIS, co-fondateur des Patients s'engagent

Modérateur : D^r LUCIE JOUSSE, vice-présidente du Cnom

avec les infections nosocomiales, inévitables elles aussi, mais pour lesquelles de protocoles ont été mis en place.

Mais alors, comment améliorer la qualité de la relation ? Plusieurs techniques et outils coexistent. La communication non violente (CNV), évoquée par plusieurs intervenants, propose un cadre structurant. Elle invite à porter une attention à soi-même, pour pouvoir se relier à l'autre. « Si on ne sait pas prendre un peu de temps entre deux patients pour souffler, on va mal accueillir le patient et il le ressent », explique le D^r Lucie Jousse qui affirme que tout se joue lors du premier contact dans la salle d'attente. Le D^r Cécile Bassi met également en avant deux astuces simples, mais efficaces : reformuler les propos du patient, pour lui signifier qu'il a été entendu, et vérifier ce qu'il a compris pour pouvoir « se réajuster » si besoin.

Dans un système de soins sous tension, où chaque minute compte, la communication peut, parfois, sembler secondaire. Elle est, au contraire, essentielle pour construire une relation saine et durable entre médecins et patients.

COMMENT RÉTABLIR UN LIEN FRAGILISÉ ?

Quand le lien est rompu, comment le réparer ?

Dans la relation entre un médecin et son patient, la rupture arrive rarement d'un seul coup. Elle s'installe discrètement : c'est un retard répété, une prescription non suivie, un mot mal reçu... Et soudain, l'alliance se transforme en défiance. Peut-on éviter que cette situation ne s'enlise et si oui, comment ?

Pour le D^r Geoffrey Post, psychiatre, la première étape consiste à repérer le moment de bascule. Une question simple comme « *Je vois que j'ai dit quelque chose qui vous a heurté, que s'est-il passé ?* » peut permettre de rouvrir la conversation et de « *se mettre de nouveau d'accord sur un objectif* ».

Trouver des relais externes

Lorsque le lien est trop abîmé et que l'échange en tête-à-tête ne peut plus rien, la conciliation fait office de sas de décompression en permettant à chacun de s'exprimer. « *Notre rôle est de faire parler des gens qui venaient comme des belligérants* », résume le D^r Xavier Grapton, conciliateur au Conseil de l'Ordre des Hauts-de-Seine. Les attentes sont souvent les mêmes : obtenir des explications, entendre un mot d'excuse ou sentir que son histoire est prise au sérieux. Le plus compliqué étant de faire accepter le « *non* » lorsqu'un patient formule une demande que le médecin ne peut lui accorder.

Le principe est le même à l'hôpital où la médiation offre un cadre permettant à un service et un patient – ou sa famille – de recoller les morceaux. Pour la professeure Muriel Rainfray « *être entendu a des vertus thérapeutiques* » et peut constituer une première étape dans le parcours de guérison du patient afin qu'il puisse « *classer définitivement le dossier* ». S'il ne s'agit pas de mettre tout le monde d'accord, encore faut-il que chacun soit prêt à faire un pas vers l'autre.

L'expérience du RAID, en apparence très éloignée du monde médical, est éclairante s'agissant du pouvoir de la parole. « *60 % des crises sont résolues grâce à la négociation* », affirme le commandant Olivier. Preuve en est que même dans des situations extrêmes, parler peut éviter l'affrontement.

C'est peut-être là le point commun entre toutes ces pratiques : pour réparer un lien fragilisé, il faut savoir reconnaître une maladresse, poser un refus ou reformuler une attente. Dans une société où les patients contestent davantage et où les médecins se sentent plus exposés, les compétences relationnelles sont, plus que jamais, essentielles. Car si la parole ne peut pas effacer le conflit, elle est la solution pour y trouver une issue.



Participants

- D^r GEOFFREY POST, psychiatre Trésorier du CDOM 68 en charge de la sécurité des médecins (en visio)
- P^r MURIEL RAINFRAY, présidente du CDOM 33 et médiatrice de la commission des usagers du CHU de Bordeaux
- D^r XAVIER GRAPTON, vice-président du CDOM 92 en charge des conciliations
- COMMANDANT OLIVIER, négociateur du RAID

Modérateur : D^r LUCIE JOUSSE, vice-présidente du Cnom

ENTRETIEN CROISÉ

FIN DE VIE : LEVER LES TABOUS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTS

Début avril, le Cnom et le Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs (CNSPFV) ont organisé un webinaire pour aider les médecins à aborder avec leurs patients les questions de fin de vie. Quels sont les freins à lever et les réflexes à cultiver ?

Pourquoi ce webinaire, et que souhaitez-vous apporter aux participants ?

D^r Sarah Dauchy : Ce partenariat entre le Cnom et le CNSPFV est né d'un constat simple : si l'on veut que la fin de vie soit vraiment abordée avec les patients, il faut que les médecins généralistes se sentent à même de le faire. Les connaissances médicales ne suffisent pas, il faut aussi avoir la capacité relationnelle d'aborder ce sujet très particulier. L'objectif du webinaire était de donner des outils concrets : montrer sur des situations cliniques réelles ce que sont les mécanismes d'évitement, d'invalidation, la non-réponse... Et à l'inverse, quelques clés pour ouvrir la communication : explorer ce que dit le patient, reconnaître ses émotions, poser des questions ouvertes...

D^r Sonny Gène : Le Cnom s'implique de longue date

sur ces questions, depuis les lois Leonetti en 2005 et Claeys-Leonetti en 2016, et nous sommes plus que jamais mobilisés à l'heure où les nouvelles lois sur la fin de vie arrivent dans la dernière ligne droite. Ce qui a motivé ce webinaire, c'est un constat préoccupant : les textes prévoient que le médecin généraliste soit le pivot du dialogue avec le patient sur la fin de vie, et ce n'est pas ce qu'on observe. J'ai animé un enseignement post-universitaire en Guadeloupe où je présentais les directives anticipées et la personne de confiance à un groupe de généralistes. Quand je leur ai demandé si ces informations les motivaient à en parler avec leurs patients, la majorité a répondu par la négative. L'un des enjeux de ce webinaire était de casser les tabous qui nous empêchent de jouer le rôle qui nous revient.



D^r SARAH DAUCHY
présidente du CNSPFV,
psychiatre à la
Maison Médicale
Jeanne Garnier



D^r SONNY GÈNE
conseiller national
de l'Ordre,
responsable d'une
équipe mobile de
soins palliatifs en
Guadeloupe

Vos regards sur les pratiques actuelles ?

S. G. : Ce qui me frappe, c'est que notre société a relevé le défi de faire vivre les gens plus longtemps, et qu'on ne s'est pas vraiment préoccupé des conditions de ce rallongement de l'espérance de vie. C'est un paradoxe assez saisissant. Avec le vieillissement de la population et la multiplication des maladies chroniques, les médecins vont être confrontés de plus en plus fréquemment à ces situations. Quel médecin n'aura pas un patient en fin de vie ? C'est une des bases de notre métier, et pourtant nous n'y sommes pas préparés. Les médecins ne veulent pas aborder le sujet et ne sont pas équipés pour le faire. La communication est encore très peu présente

dans les cursus médicaux : on nous apprend à prescrire, à diagnostiquer, mais pas à livrer une information difficile, ni à accueillir un effondrement.

S. D. : Les médecins font le maximum, mais avec de fausses représentations. Je voudrais que la profession soit convaincue que les soins palliatifs sont un prolongement, pas un arrêt ; une norme, pas une surprise ; un engagement, et non un abandon. Et que l'inverse de la toute-puissance médicale, ce n'est pas l'impuissance : quand on ne peut plus guérir, c'est le début d'une autre histoire avec le patient. Sur le terrain, on observe beaucoup de non-dits et de fausses réassurances qui ferment la communication. Les médecins ne réalisent pas toujours que ce qu'ils vivent comme une protection génère l'effet inverse : les patients perçoivent la discordance entre ce qu'ils ressentent et ce qu'on leur dit, et cela peut être une source d'anxiété majeure.

En quoi changer la façon dont les médecins parlent de la fin de vie pourrait-il transformer l'expérience des patients ?

S. D. : L'anticipation palliative est un concept qui va enfin entrer dans la loi à travers la notion de plan personnalisé d'accompagnement. Tant que la fin de vie n'est pas évoquée, il y a un implicite dans la relation de soin : la seule issue possible, c'est la guérison. On prive ainsi la personne malade d'une chance de choisir sa fin. Or les patients lancent des perches pour essayer d'en parler. Si on les attrape, on crée un espace de confiance : le patient sait que ce sujet n'est pas tabou avec ce médecin-là. Il faut aussi dissiper l'idée qu'aborder la fin de vie, c'est faire perdre l'espoir. Ce qui déprime un patient, c'est d'être



malade, pas le fait qu'on lui en parle avec justesse.

S. G. : Ce que change une vraie conversation, c'est d'abord la certitude pour le patient qu'il ne sera pas abandonné, mais accompagné jusqu'au bout. C'est le principe de non-abandon, inscrit dans notre code de déontologie. Des études américaines l'ont montré : quand on prépare patients et familles à la fin de vie, ils traversent le deuil plus facilement. L'anticipation protège les malades et leurs proches.

Quels conseils donneriez-vous aux médecins ?

S. G. : Le premier : ne pas avoir peur d'initier la conversation. Les patients s'attendent à ce que ce soit nous qui ouvrons cet espace. On n'a pas besoin d'être parfait ni d'avoir toutes les réponses, ce qui compte c'est d'avoir commencé. Le deuxième : se rappeler que c'est un droit des patients et une obligation pour nous. Informer les patients de leurs droits en

fin de vie - directives anticipées, personne de confiance - n'est pas facultatif. Et même si un patient ne rédige jamais de directives formelles, avoir eu au moins une vraie discussion avec lui, c'est déjà essentiel.

S. D. : Le troisième, c'est de se former, à la gestion des symptômes, mais aussi à cette posture d'anticipation, et à communiquer autour de la fin de vie. Des formations existent, les groupes Balint peuvent aussi être une ressource. Les soins palliatifs, ce n'est pas l'affaire de l'équipe spécialisée, c'est chaque médecin. La formation est une bonne façon de ne pas laisser l'évitement se renforcer avec l'épuisement. Et surtout : arrêter de croire que parce qu'on évite ou qu'on tente de rassurer, les choses vont bien se passer. Moins on en parle, moins bien elles se passent. Le bon moment, ce n'est pas quand le patient est dos au mur, c'est en amont, quand on peut planter des graines et les faire germer quand il sera prêt.



La parole aux futurs médecins

D^R PHILIPPE **DOMBLIDES**,
président de la commission Jeunes médecins

Dans le cadre de l'élaboration du Livre blanc, dont la publication est prévue dans les prochains mois, le Cnom a lancé une consultation inédite auprès des étudiants en médecine et des internes, co-construite avec leurs organisations représentatives. Le D^r Philippe Domblides en explique la démarche : croiser le regard des futurs praticiens avec celui de leurs aînés, et peser dans les débats qui s'annoncent sur l'avenir du système de santé français.

Pourquoi avoir lancé une consultation spécifiquement auprès des étudiants en médecine et des internes ?

Le Livre blanc qui sera présenté par le Cnom s'adresse à l'avenir de la profession. Il serait paradoxal d'élaborer ce document sans entendre ceux qui la feront vivre dans vingt ans. C'est d'ailleurs tout l'objet de la commission Jeunes médecins : rapprocher des visions qui, parfois, s'éloignent d'une génération à l'autre. Contrairement aux docteurs juniors, les étudiants et les internes ne sont pas inscrits à l'Ordre et ils sont hors du radar de ses canaux de communication habituels. Nous avons donc construit un questionnaire parallèle à celui soumis aux médecins et docteurs juniors, conçu non pour mesurer une pratique existante, mais pour recueillir des projections : comment ces futurs praticiens envisagent-ils leur exercice, leurs conditions de travail, leur rapport aux patients et aux autres professionnels de santé ?

Comment avez-vous procédé pour les atteindre ?

Nous avons coconstruit ce questionnaire avec leurs représentants : l'ANEMF pour les étudiants, l'ISNAR-IMG et l'ISNI pour les internes. C'est la première fois que l'Ordre mène ce type de démarche avec les organisations étudiantes. Cela a représenté une dizaine de réunions en visioconférence entre fin mars et fin avril 2026. Ce n'est pas rien de coordonner quatre institutions, chacune avec ses propres priorités. Mais toutes les parties se sont montrées très volontaires, ce qui nous a permis d'aboutir à un questionnaire solide qui a été diffusé fin avril. Une convention a par ailleurs été signée pour le partage des données : les quatre partenaires pourront accéder aux résultats de l'enquête, ce qui permettra à chacun d'enrichir ses réflexions et ses actions.

Sur quels sujets les interrogez-vous ?

Certains thèmes sont communs au questionnaire du Cnom dédié aux médecins. Mais nous sommes allés plus loin sur des questions qui concernent spécifiquement la génération montante : les contraintes à

l'installation, la délégation de tâches, le transfert de compétences, la financiarisation, ou encore la place du patient partenaire. Les futurs médecins sont, pour beaucoup, bien informés de ces réalités, et leurs réponses, attendues d'ici début juin, nous diront quelque chose d'essentiel sur l'évolution des représentations au sein de la profession.

Qu'attendez-vous concrètement de cette consultation ?

Que le Livre blanc soit nourri de leurs regards, et pas seulement de ceux des médecins en exercice ! Les préoccupations des étudiants et des internes ne sont plus tout à fait les nôtres, qu'il s'agisse de l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle, du travail en équipe pluriprofessionnelle ou du rapport aux statuts traditionnels. Si nous voulons que la doctrine de l'Ordre reste pertinente, nous devons les écouter. Mais au-delà de cette consultation, l'objectif est aussi de pérenniser ces liens avec l'université et les syndicats étudiants. Ce que nous plantons avec ce premier questionnaire, c'est le début d'un travail de longue haleine.

SOMMAIRE

P. 26

DÉCRYPTAGE

Que faire de vos annotations libres ?

p. 27

DÉCRYPTAGE

Cadmium : une contamination silencieuse

P. 28

DÉCRYPTAGE

Télé médecine : encadrer les usages pour en tirer pleinement parti

P. 30

EN PRATIQUE

Encadrement des avantages : le Cnom garant de l'indépendance des médecins

P. 31

ÉLECTIONS

Élection complémentaire à la chambre disciplinaire de première instance des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins



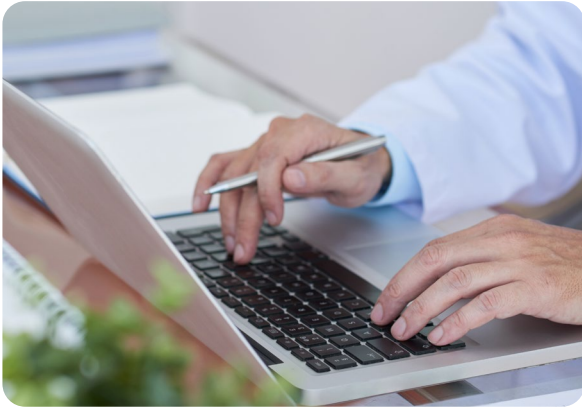
Cinq nouvelles maladies infectieuses éligibles à la télédéclaration

Dans le cadre d'un projet pilote visant à améliorer la rapidité des signalements des maladies à déclaration obligatoire, cinq maladies infectieuses – rougeole, dengue, chikungunya, Zika et fièvre du Nil occidental – sont désormais éligibles à la télédéclaration.

Depuis le 22 avril 2026, les praticiens peuvent se rendre directement sur le portail des signalements des événements sanitaires indésirables pour procéder à la déclaration en ligne via un formulaire dématérialisé.

Jusqu'à présent, seules trois maladies pouvaient être télédéclarées : le VIH et la tuberculose à l'aide de l'outil eDO et le Covid-19 à partir du système Laboé-SI. Pour les 35 autres maladies nécessitant une vigilance particulière, il était nécessaire de remplir un formulaire Cerfa papier.

Que faire de vos annotations libres ?



Rédigées par le médecin au fil d'une consultation, les annotations libres sont des données contextuelles, souvent non médicales, mais parfois essentielles à la prise en charge d'un patient. Cependant, il peut arriver que le praticien inscrive dans un dossier des informations qui n'y ont pas leur place. Voici les bonnes questions à se poser.

Quels types d'annotations personnelles est-il possible de faire figurer dans le dossier d'un patient ?

Les annotations libres peuvent contenir des informations particulièrement sensibles. Une question doit donc guider votre pratique : les données collectées sont-elles nécessaires à la prise en charge du patient, au titre des activités de prévention, de diagnostic et de soin ? Cette interrogation permet de distinguer les annotations qui aident réellement la pratique médicale de celles qui exposent inutilement un patient ou risquent d'être mal interprétées si elles venaient à lui être communiquées. Il peut ainsi être pertinent de faire figurer une situation familiale, une profession ou des éléments ayant une influence possible sur une pathologie, tels que certaines habitudes de vie ou, dans des cas très précis, une origine ethnique. En revanche, les notes purement personnelles, subjectives et sans lien avec l'objet de la consultation - jugement de valeur, appréciations sur la personnalité, opinions religieuses, orientation sexuelle... - ne doivent pas figurer dans le dossier partagé. Un guide, établi par le Cnom avec la CNIL, rappelle les bonnes pratiques.

Un patient peut-il demander à avoir accès aux annotations du médecin le concernant ?

Tout dépend du type d'annotations et de l'endroit où elles se trouvent. Depuis la loi du 31 janvier 2007, le patient dispose d'un droit d'accès très large aux informations le concernant détenues par un professionnel de santé. Ainsi, une annotation intégrée au dossier patient est en principe communicable, qu'elle soit utile ou non à sa prise en charge. En revanche, selon l'article R.4127-45 du code de la santé publique, les notes strictement personnelles réservées à l'usage du médecin, tenues à part du dossier et constituant des réflexions intermédiaires (brouillons, aide-mémoires...) peuvent ne pas être communiquées. Il convient toutefois de rappeler que ce caractère « non communicable » suppose qu'il s'agisse de véritables notes personnelles, distinctes du dossier et sans utilité directe pour la prise en charge du patient : la seule qualification de « note personnelle » ne suffit pas à rendre une annotation incommunicable.

Quelles sont les obligations auxquelles le médecin est soumis pour sécuriser ses annotations personnelles ?

En tant que « responsable de traitement » des données de santé, le médecin doit appliquer aux annotations personnelles les mêmes exigences qu'au reste du dossier : finalités claires, données limitées à la prise en charge et durée de conservation proportionnée. Il lui revient de garantir la confidentialité et la sécurité de ces notes en utilisant uniquement des solutions conformes (dossier papier rangé dans un meuble fermé, logiciel métier sécurisé, hébergement répondant aux exigences légales...) et en proscrivant les supports non protégés. Il doit aussi encadrer strictement les accès (verrouillage des postes, mots de passe robustes, voire chiffrement lorsque c'est pertinent). La numérisation croissante des pratiques n'atténue pas la responsabilité du médecin : quel que soit le support, les annotations sont soumises aux règles de protection des données de santé.

+ d'infos

[Le guide pratique sur la protection des données personnelles établi par le Cnom avec la CNIL](#)

Cadmium : une contamination silencieuse nécessitant une vigilance maximale

Longtemps perçue comme un sujet environnemental, la contamination au cadmium constitue aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique : l'exposition peut concerner l'ensemble de la population générale et touche, en particulier, les enfants. Pour les médecins, l'enjeu est d'identifier les situations à risque pour pouvoir conseiller et éventuellement inciter au dépistage.

Métal lourd toxique, le cadmium est classé parmi les substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction.

Une surexposition préoccupante

Malgré cela, les données de surveillance disponibles montrent que l'imprégnation de la population française au cadmium est loin d'être marginale. Bien que les travaux de l'Anses mettent en évidence une surexposition d'une partie de la population française depuis une quinzaine d'années, ces niveaux ne cessent de grimper. Entre 2006-2007 et 2014-2016, l'imprégnation moyenne de la population a doublé. Plus alarmant : selon une étude menée entre 2014 et 2016 par Santé publique France, 14 % des enfants de 3 à 17 ans et jusqu'à un tiers des enfants de moins de 3 ans dépasseraient la dose journalière tolérable, contre 0,6 % des adultes.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le cadmium s'accumule dans l'organisme au fil du temps. Plus une personne est exposée au cours de sa vie, plus la dose cumulée augmente. Or, le risque dépend précisément de cette accumulation. À ce titre, les enfants, les personnes vivant à proximité de territoires contaminés par les activités humaines (industrie, engrais phosphatés) ou naturellement riches en cadmium, les fumeurs et les femmes, notamment en situation de carence martiale, font partie des populations à surveiller étroitement.

Une contamination principalement alimentaire

Toute la difficulté à enrayer cette contamination vient du fait que l'alimentation constitue la principale voie d'exposition. Chez les non-fumeurs, le contenu de l'assiette représenterait jusqu'à 98 % de l'exposition.

Et s'il suffisait d'éviter les aliments responsables ? C'est là toute la difficulté de l'entreprise.

Premièrement, car les aliments les plus contributeurs ne sont pas forcément les plus contaminés. En réalité, c'est l'exposition répétée liée à une consommation fréquente qui pose problème.

Attention, une grande variété d'aliments du quotidien est concernée : produits céréaliers - pain, pâtes, céréales du petit déjeuner, biscuits, viennoiseries -, les pommes de terre et certains légumes, comme les champignons ou les épinards

Le rôle du médecin

Alors faut-il conseiller aux patients de bannir certains aliments de leur alimentation ? Le message porté par les praticiens doit plutôt être celui d'un encouragement à plus de diversité alimentaire : être vigilant vis-à-vis de certaines habitudes pour limiter les consommations répétitives, notamment s'agissant des enfants pour lesquels cela peut suffire à expliquer une exposition disproportionnée au cadmium.

Quelques conseils simples : varier les sources de céréales et de féculents et limiter la consommation d'aliments reconnus comme plus fortement contaminés (mollusques, crustacés, abats, algues...), notamment chez les personnes à risque.

L'exposition chronique au cadmium peut entraîner plusieurs types d'effets sanitaires : atteintes rénales, osseuses, effets cardiovasculaires et neurologiques, augmentation du risque de cancers... Le cadmium doit être envisagé en cas d'anomalies rénales ou osseuses inexpliquées, chez des enfants avec peu de diversité alimentaire, des personnes potentiellement surexposées du fait de leur lieu de résidence, ou en cas de signalement collectif.

Que faire dans ce cas : inciter au dépistage d'exposition au cadmium, remboursé par l'Assurance maladie.



Télémédecine : l'Ordre actualise ses recommandations

Depuis 2020, l'usage de la télémédecine s'est imposé dans les pratiques, avec ses avantages mais aussi ses dérives. Le Cnom vient de publier un nouveau rapport actualisant et synthétisant ses recommandations.

La première réglementation de la télémédecine remonte à 2010. Les pratiques se sont ensuite progressivement installées, et la réglementation a évolué, jusqu'à la pandémie de Covid-19 qui a largement accéléré le processus. Face à cette évolution, le Cnom a publié dès 2020 un rapport intitulé « *Mésusage de la télémédecine* », qu'il a ensuite mis à jour en 2021, 2022 et 2023.

Un contexte toujours mouvant

L'Ordre continue de recevoir de nombreux signalements et alertes, et constate des situations dans lesquelles la qualité et la sécurité des soins

des patients ne sont pas toujours respectées. Par ailleurs, le contexte continue d'évoluer : nouvelles innovations technologiques, nouveaux acteurs, multiplication des plateformes... Autant d'éléments qui ont conduit l'institution à proposer un nouveau rapport : *Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins*.

Un principe inchangé

Le texte rappelle le cadre général, les réglementations, les cas spécifiques... avec, toujours, des repères éthiques, déontologiques et pratiques pour les médecins, mais également à destination des patients et des pouvoirs publics. Le cœur du message demeure le même depuis le premier rapport du Cnom, résumé ainsi dans l'introduction : « *La télémédecine n'a de sens que si elle s'inscrit dans un parcours de soins coordonné, garantissant la qualité, la sécurité et la continuité des soins, et non comme une offre fragmentée ou opportuniste.* »

Les grands principes

- La télémédecine doit s'inscrire dans un parcours de soins coordonné, en lien avec le médecin traitant, afin de garantir la qualité et la continuité de la prise en charge.
- Elle repose sur de véritables échanges, réalisés en temps réel avec le patient, par voie audio ou vidéo. Bien qu'à distance, la téléconsultation est soumise aux mêmes exigences de qualité qu'une consultation en présentiel.
- Elle ne peut se substituer aux rendez-vous en présentiel : le suivi des patients ne peut se faire exclusivement à distance.

Les obligations pour le médecin

- Le médecin doit être en capacité d'organiser un examen clinique lorsque la situation le nécessite, soit en le réalisant lui-même, soit en mobilisant un confrère.
- Il doit justifier d'un ancrage territorial effectif, impliquant la connaissance de l'environnement sanitaire et médico-social du patient, son parcours de soins, ainsi que de la capacité à en assurer le suivi dans la durée.
- La téléconsultation ne peut excéder 20 % de son activité (40 % en psychiatrie), ce qui exclut toute pratique exclusivement à distance.

- Un médecin remplaçant ne peut pas faire de télémédecine en dehors d'un contrat de remplacement.

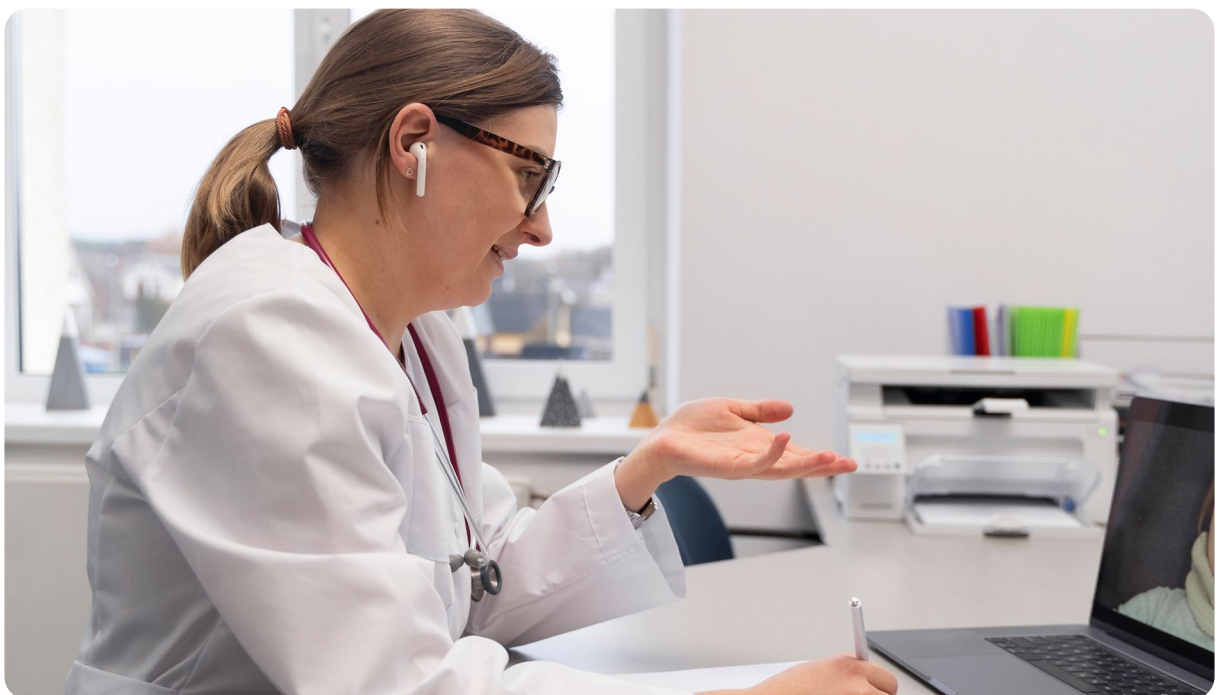
Encadrement des plateformes, outils et procédures

- Les sociétés de téléconsultation sont tenues de garantir un exercice sécurisé et respectueux des règles déontologiques. Il leur est demandé de s'abstenir de facturer des frais indus. Par ailleurs, elles doivent respecter la territorialité du patient et le lien avec le médecin traitant. En cas de dysfonctionnement, le Cnom le signalera aux autorités compétentes.
- Les cabines et bornes de téléconsultation doivent respecter les recommandations de la HAS, relatives aux « *Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'untélésoin* », qui visent à assurer la qualité et la sécurité des soins. Elles ne peuvent être assimilées à des cabinets médicaux ni s'y substituer.

La téléexpertise

- La téléexpertise doit être réalisée, de préférence, dans le cadre d'un réseau de soins spécialisé. Elle ne peut être déclenchée directement par un non-médecin en dehors de protocoles ou d'accords territoriaux.

[+ d'infos](#) Consulter le rapport





**D^R SOPHIA
BENSEDRINE**
présidente de la
commission
Relations
médecins-industrie

Encadrement des avantages : le Cnom garant de l'indépendance des médecins

Cadeaux, invitation, frais de bouche... En 2024, près d'un médecin sur deux a conclu au moins une convention avec l'industrie pharmaceutique. Le Cnom rappelle les règles à respecter.

Dans la carrière d'un médecin, les sollicitations de l'industrie pharmaceutique peuvent être nombreuses : proposition d'intervention à un congrès, participation à **des travaux scientifiques (étude et recherche), expertise**, collaborations dans le cadre d'actions de formation, réseaux sociaux. Ces opportunités peuvent permettre aux praticiens d'accompagner l'innovation thérapeutique. Mais chaque avantage reçu pose une question sensible : à quel moment la relation risque-t-elle de porter atteinte à l'indépendance du professionnel ?

Que dit la loi ? (article 1453-3 et suivants du CSP)

Le cadre juridique est clair : en principe, un médecin (quel que soit son statut) ne peut pas recevoir d'avantages en espèces ou en nature, de la part d'une entreprise du médicament, du dispositif médical ou d'un prestataire de santé. Cela concerne à la fois les cadeaux, invitations et avantages personnels, les rémunérations sans contrepartie réelle ou encore les avantages qui paraissent disproportionnés au regard de l'activité réalisée. Dans les faits, l'interdiction n'est cependant pas totale et des dérogations sont prévues par la loi, à condition de respecter un cadre strict.

Les démarches à accomplir

Chaque année, ce sont ainsi des dizaines de milliers de dossiers qui transitent sur une plateforme

dédiée (IDAHE) et sont examinés par l'Ordre des médecins. La réglementation impose l'élaboration d'une convention entre l'industriel et le médecin. Deux régimes cohabitent : les recommandations, pour les conventions inférieures à 2 000 euros ou les autorisations, pour celles au-delà de ce seuil. Des lignes directrices portant sur le montant des avantages perçus par médecin sont votées par la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elles sont réévaluées en fonction de l'inflation.

L'autorisation de cumul d'activités (ACA)

L'ACA est obligatoire :

- 1-Pour les médecins hospitaliers à temps complet ;
- 2-Pour les médecins hospitaliers occupant un emploi permanent à temps non complet pour lesquels la durée de travail est supérieure à 90 % de la durée légale ou réglementaire de travail ;
- 3-Pour les praticiens universitaires qui exercent dans les établissements de santé privés.

L'ACA n'est pas requise pour :

- 1-Les praticiens libéraux ;
- 2-Les praticiens hospitaliers d'établissements de santé privés.

Focus sur l'Activité accessoire à titre gratuit :

- 1-Les activités pour une personne privée sans but lucratif ou une personne publique : l'ACA n'est pas requise.
- 2-Les activités pour une société commerciale : l'ACA est requise.

Une augmentation du nombre de dossiers

Depuis 2020, la réglementation a évolué (avis versus autorisation) et ayant pour conséquence l'accroissement de la volumétrie. Une Commission dédiée Relations Médecins Industrie (RMI) comprenant un Président et neuf membres autorise ou refuse chaque proposition de convention. Elle s'est équipée d'un outil numérique bientôt doté de l'intelligence artificielle permettant une analyse exhaustive de tous les dossiers. Le recours à l'intelligence artificielle permettra de concentrer l'analyse humaine sur les cas les plus sensibles. Le Cnom peut être amené à poursuivre un médecin qui aurait accepté un ou des avantages sans autorisation. Au-delà du risque réputationnel, celui-ci s'expose alors à des sanctions disciplinaires mais aussi pénales et administratives. Derrière l'instruction de ces demandes se cache un enjeu très concret : rendre possible la collaboration utile avec l'industrie tout en préservant l'indépendance professionnelle des médecins. Tout avantage consenti à un médecin est publié par l'industriel sur le site public « Transparence Santé » du ministère de la Santé.

Élection complémentaire à la chambre disciplinaire de première instance des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins

Le conseil régional des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins va procéder à une élection complémentaire le **jeudi 3 septembre 2026 aux fins de pourvoir 1 siège de suppléant pour la moitié du collège externe sortante en 2028.**

Éligibilité

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

- Inscrits au tableau d'un des conseils départementaux du ressort du conseil régional des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins (article R. 4125-3 du code de la santé publique) ;
- Âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du code de la santé publique) ;
- De nationalité française (article L. 4124-7 du code de la santé publique) ;
- À jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du code de la santé publique) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la Sécurité sociale :

- pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales ;
- à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

Dépôt de candidature

En application des dispositions de l'article R. 4125-6 du code de la santé publique, la déclaration de candidature doit être adressée trente jours calendaires au moins avant le jour du scrutin, **par lettre**

recommandée avec demande d'avis de réception, au Président du conseil régional ou déposée, dans ce même délai, au siège du conseil contre récépissé (42 rue du Faubourg de Roubaix – 59000 LILLE).

Ainsi, la date limite de dépôt des candidatures est fixée au **mardi 4 août 2026 à 16 heures.**

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

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

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

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

Elle doit être revêtue de la signature du candidat.

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

Chaque candidat doit fournir une photocopie papier de sa pièce d'identité (carte nationale d'identité recto-verso ou passeport) afin d'établir qu'il remplit la condition de nationalité fixée à l'article L. 4124-7 du CSP.

La fonction d'assesseur d'une chambre disciplinaire de 1^{re} instance ne peut être cumulée avec celle d'assesseur de la chambre disciplinaire nationale (article L. 4124-7 III alinéa 2 du code de la santé publique).

Les fonctions de Président et de secrétaire général d'un conseil sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{re} instance (article L. 4124-7 III alinéa 3 du code de la santé publique).

Retrait de candidature

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin.

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

Électeurs

Sont électeurs, les membres élus du conseil régional présents le jour du scrutin (article R. 4125-2 du CSP).

Vote

Il aura lieu à bulletin secret le **jeudi 3 septembre 2026 à 19 h au siège du conseil régional des Hauts-de-France (42 rue du Faubourg de Roubaix – 59000 LILLE).**

Dépouillement

Il est public et aura lieu sans désenclaver à l'issue du scrutin au siège du conseil régional des Hauts-de-France de l'Ordre des médecins le **jeudi 3 septembre 2026.**

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera élu suppléant de la moitié de la chambre sortante en 2028.

En cas d'égalité des voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu (article R. 4125-17 du code de la santé publique).

La durée de fonction du membre suppléant ainsi élu est celle qui restait à courir jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de celui qu'il remplace.

Délai de recours

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

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

LIVRE



La voix de la guérison

Elle a été la première. La première Française à conquérir l'Everest. La première Européenne à gravir le plus haut sommet de chaque continent. La première, encore, à atteindre le pôle Nord à pied. C'est cette force et cette énergie hors du commun que le médecin et alpiniste Christine Janin a souhaité partager en fondant, en 1994, l'association À Chacun son Everest! Depuis plus de 30 ans, celle-ci accueille à Chamonix des enfants et des femmes en rémission d'un cancer, mais aussi des personnels soignants épuisés, à la recherche d'un second souffle. Telle une première de cordée, l'infatigable Christine Janin a élaboré ces séjours pour aider les malades à dépasser la difficulté de l'ascension et atteindre les voies de la guérison. Un parcours extraordinaire qu'elle raconte dans son autobiographie, publiée en 2021, et mise à jour dans une toute nouvelle édition.

→ Christine Janin, Dame de pics et femme de cœur, Christine Janin avec Anna-Véronique El Baze, Glénat.

PODCAST



Explorer les grandes questions de société dans la médecine

Ces dernières années, la vie des soignants et des soignés a dépassé la fiction : pandémie, système de santé saturé, professionnels à bout de souffle... Comment exercer sans se trahir et sans perdre le sens de ses missions? Comment prendre en compte la singularité de chaque patient? Et s'il était temps d'imaginer un nouveau serment, prenant sa source dans les grandes questions de société? C'est tout l'objet du Serment d'Augusta - première femme reçue au concours de l'Internat des hôpitaux de Paris en 1886 -, un podcast produit par la réalisatrice féministe Olympe de Gê et le Pr Emmanuel Flamand Roze, neurologue à la Pitié-Salpêtrière et enseignant à la faculté de Médecine Sorbonne Université. Cette série documentaire, qui s'adresse aux étudiants en santé mais aussi au grand public, propose d'explorer et de nourrir la réflexion autour d'une nouvelle relation de soin, moins verticale et basée sur le consentement. Vieillesophobie, grossophobie, deuil périnatal, culture du viol... Autant de sujets d'actualité qui méritent que les futurs soignants s'y penchent.

→ [Écouter le podcast](#) **Le serment d'Augusta**

VIDÉOS

Les vidéos de l'Ordre

Chaque année, le Conseil national de l'Ordre des médecins dresse son tableau de la démographie médicale française et publie son rapport sur la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA). Qui sont les médecins français? Comment se répartissent-ils sur le territoire? Comment répondent-ils aux besoins de la population le week-end et les jours fériés? Les principaux enseignements de ces études sont à retrouver en vidéo sur la chaîne YouTube de l'Ordre.

→ [Atlas de la Démographie médicale 2026](#)
→ [Permanence des soins ambulatoires \(PDSA\) 2025](#)

