



conseil-national.medecin.fr

Médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

N° 105 – juillet-août 2026



P.15
**Prévention en santé :
replacer le médecin
au cœur du temps long**



P.12
**À Bordeaux,
l'hôpital soigne son
empreinte carbone**

 **MON Exercice**

- Tout savoir sur le système IMI
- La mission financiarisation de l'Ordre
- Nouvelles règles pour les arrêts de travail

P.25

04 FOCUS

• La santé au défi du climat

À LA UNE

• Signature d'une charte inter-ordres contre les violences sexistes et sexuelles, l'arrivée de l'Ordre sur Instagram, la coordination des soins...

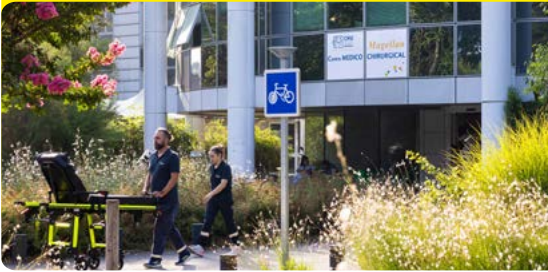


16 Temps fort

• Prévention en santé : replacer le médecin au cœur du temps long

10 En action

• En Haute-Savoie, créer des liens entre nouveaux arrivés et jeunes retraités
• Reportage : à Bordeaux, l'hôpital soigne aussi son empreinte carbone



22 Point de vue

• Tests génétiques : un outil précieux à l'encadrement nécessaire

25 MON Exercice

• Tout savoir sur le système IMI
• Le point sur la mission du Cnom sur la financiarisation



RESTONS CONNECTÉS!



sur le web : conseil-national.medecin.fr

sur X : @ordre_medecins

sur LinkedIn : Conseil national de l'Ordre des médecins

sur Instagram : @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 – 75 855 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 : Hortense Lasbleis – Direction artistique : David Corvaisier – Maquette : Célia Da Fonseca, Marie Dupont – Secrétariat de rédaction : Christine Ferreri – Crédits photo : Gettyimages, Max Bauwens – Couverture : Gettyimages, Max Bauwens – 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

Pour réussir la refonte de notre système de santé, une condition s'impose : le médecin doit être responsable de la coordination des soins



Nous, médecins, ne pouvons accepter que notre rôle soit progressivement dilué, voire contourné, dans l'organisation des soins actuelle et à venir.

Les compétences des autres professions de santé évoluent et se diversifient. Cette dynamique répond à des besoins réels et mérite d'être accompagnée lorsqu'elle est pertinente et sécurisée, pensée au bénéfice des patients.

Mais, je l'ai dit et le répète : **ce gain en autonomie ne doit pas être synonyme d'indépendance.** Ces évolutions n'ont de sens que si elles s'inscrivent dans une équipe de soins coordonnée par le médecin, en ville comme à l'hôpital, au service d'un parcours de santé lisible, cohérent et sécurisé. Et surtout, elles ne doivent jamais laisser imaginer un seul instant l'effacement du médecin.

Cette exigence est le fil rouge de notre action. Elle nous guidera plus que jamais à la rentrée, alors que l'actualité s'annonce particulièrement chargée. L'Ordre est là, et le sera, pour défendre les conditions d'un exercice médical de qualité, en toute sécurité, au service des patients.

Cela se fera notamment à travers **notre Livre blanc**, qui portera l'expression de la profession, tous modes d'exercice et toutes spécialités confondus, à destination des candidates et candidats à l'élection présidentielle 2027. Ce travail n'est pas celui de l'Ordre : c'est aussi et surtout le vôtre.

Vous êtes plus de 21 000 médecins à avoir répondu au mois de mai en seulement trois semaines à « Votre voix pour la santé », notre grande consultation nationale. Je tiens à vous en remercier très sincèrement. Par votre mobilisation rapide, vous avez exprimé vos préoccupations, vos attentes et votre vision de l'avenir. Vos contributions nous permettent de formuler des propositions ambitieuses et fidèles à la réalité de l'exercice médical.

Le Livre blanc sera rendu public le **12 octobre prochain.** Il marquera un temps fort pour notre profession et l'occasion de rappeler, une fois encore, notre conviction : les transformations indispensables de notre système de santé ne réussiront que si elles s'appuient sur l'expertise des médecins, préservent l'intégralité de leurs compétences et confortent leur rôle essentiel dans la coordination des soins, au seul bénéfice des patients et de leur santé.

Mais avant tout cela, je souhaite à chacune et à chacun d'entre vous un très bel été.

Profitez de cette période pour prendre soin de vous, vous accorder du repos et savourer pleinement ces moments consacrés à votre vie personnelle et à vos proches.

La rentrée sera exigeante, mais elle sera aussi l'occasion de continuer à faire entendre, ensemble, la voix de tous les médecins.

La santé au défi du climat

En première ligne face aux conséquences du changement climatique sur les patients, le système de santé doit aussi regarder ses propres émissions de gaz à effet de serre.

Le système de santé français émet 8 % de l'empreinte carbone nationale, soit trois fois plus que le numérique. La moitié de ces émissions provient de la production et de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. Un poids qui s'explique notamment par la fabrication chimique et industrielle énergivore, largement délocalisée en Asie. « *Au Shift Project, nous avons pourtant le sentiment qu'il y a une vraie prise de conscience du secteur de la santé depuis cinq ans* », observe **Mathis Egnell**, coordinateur Santé au sein du think tank qui pilote des travaux sur la décarbonation de la santé. Mais le chemin est encore long. Face à ce constat, les moyens d'action sont nombreux. Par exemple : favoriser la relocalisation de la production de médicaments en France et en Europe, privilégier le matériel réutilisable pour les dispositifs médicaux, équiper les infirmiers et infirmières de véhicules électriques légers pour leurs visites à domicile... Les médecins, eux, disposent de leviers spécifiques à leur pratique quotidienne.

« *Il y a d'abord le juste soin, qui consiste à éviter les surtraitements et le gaspillage de ressources médicales. Il se double d'une démarche plus spécifique, l'écoprescription : privilégier, à efficacité égale, les médicaments les moins émetteurs de CO₂. L'objectif est, à terme, d'encourager les industriels à réduire l'empreinte carbone de leurs produits* », explique Mathis Egnell. Une démarche encore émergente, faute d'outil accessible aux médecins, même si l'État a posé une première pierre en 2025 avec une méthode officielle de calcul de l'empreinte carbone des médicaments.

Une consultation pour faire entendre la voix des soignants

Le Shift Project lance une grande enquête auprès des médecins, pharmaciens et infirmiers pour construire ses recommandations directement à partir de la parole du terrain. Le questionnaire, d'une quinzaine de minutes, est ouvert jusqu'au 20 septembre 2026.

Le point de vue de l'Ordre



DIDIER SPINDLER
vice-président
du Cnom chargé
de la Santé
environnementale

« L'écosoin n'est pas un soin dégradé »

« L'écosoin n'est pas un soin dégradé, mais un soin amélioré par les apports de la science et la protection de l'environnement. Il promeut la sobriété médicale pour un bénéfice sanitaire de la personne et de la collectivité. Les médecins ne disposent pas toujours du temps ou des outils nécessaires pour intégrer

l'impact environnemental de leurs pratiques dans leurs décisions quotidiennes. Ils n'ont pas été formés pendant leurs études médicales. Nous ne sommes aujourd'hui qu'aux prémices de l'enseignement de la santé environnementale. L'Ordre demande qu'il soit obligatoire tout au long du parcours universitaire. Seul un module de 6 heures est aujourd'hui obligatoire pour valider le 1^{er} cycle. Le module national du 2^e cycle est une obligation pédagogique facultative, sans décret ministériel. Les EDN (épreuves dématérialisées nationales) intègrent un item dédié, mais pas les ECOS (examens cliniques objectifs structurés). La certification périodique pourrait être un levier potentiel pour rendre la santé environnementale obligatoire dans le parcours de recertification par spécialité. Un écoscore des médicaments, sur le modèle de ce qui existe pour l'alimentation, serait aussi une avancée dans les prochaines années. »

L'empreinte carbone DU SYSTÈME SANTÉ

49

MILLIONS DE TONNES DE CO₂ :
ESTIMATION DE L'EMPREINTE CARBONE
DU SECTEUR DE LA SANTÉ,
SOIT 8 % DE L'EMPREINTE NATIONALE

-68 %

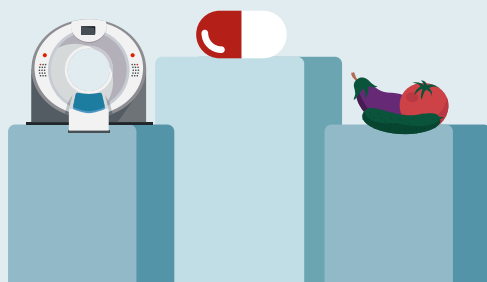
BAISSE POSSIBLE DES ÉMISSIONS
GRÂCE À LA DÉCARBONATION



Top 3

DES POSTES ÉMETTEURS DE CO₂

1. LES MÉDICAMENTS : 29 %
2. LES DISPOSITIFS MÉDICAUX : 21 %
3. L'ALIMENTATION : 9 %



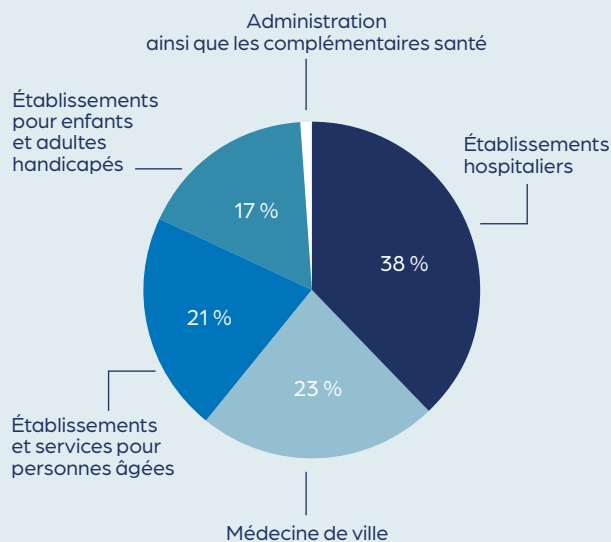
2

FOIS MOINS :
UNE PRODUCTION FRANÇAISE
DE MÉDICAMENTS ÉMET 2 FOIS
MOINS QU'UNE PRODUCTION
CHINOISE



PRODUITS DE SANTÉ
PRESCRITS
MAIS PAS UTILISÉS :
• 5 À 7 % EN VILLE
• 4 À 5 % À L'HÔPITAL

RÉPARTITION DES ÉMISSIONS DE CO₂ PAR ACTEUR DE LA SANTÉ :



Source : Shift Project

Signature d'une charte inter-ordres CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES



Le 2 juillet, l'Ordre des médecins a signé une charte d'engagement pour le renforcement de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles aux côtés des six autres Ordres des professions de santé, de la ministre de la Santé Stéphanie Rist et de la ministre déléguée chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes Aurore Bergé.

Des actions à tous les niveaux

Cette charte prévoit notamment que « *les Ordres doivent prendre toutes les mesures nécessaires, notamment disciplinaires, appropriées à l'encontre des agresseurs qui relèvent de leur champ de compétence* ». Ils devront également désigner des référents nationaux dédiés. La formation et la sensibilisation des professionnels devront être renforcées et les recommandations relatives au repérage et à l'accompagnement des victimes mieux diffusées.

Le texte vise également à un renforcement du partage de données (anonymisées) afin d'améliorer la connaissance des violences et d'adapter les politiques publiques. Les personnes les plus vulnérables, en particulier les mineurs, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou encore les femmes

enceintes, feront l'objet d'une attention particulière. Le texte prévoit en outre des actions permettant de renforcer la compréhension des mécanismes d'emprise, de contrôle coercitif et des conséquences du psychotraumatisme afin d'améliorer le repérage précoce des situations de danger et la qualité de l'accompagnement proposé aux victimes.

Une lutte commune

L'État mettra à la disposition des Ordres des modules de formation, des guides pratiques et des outils élaborés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Une convention entre chaque Ordre, la MIPROF et la DGOS viendra formaliser et amplifier les actions engagées.

« *Cette signature scelle entre nos Ordres une alliance solennelle au service d'un même combat* », a souligné le Dr Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom, qui a également rappelé que « *la tolérance zéro contre toutes les formes de violence est l'axe majeur de la mandature actuelle* ».

L'Ordre des médecins ARRIVE SUR INSTAGRAM



Abonnez-vous au nouveau compte Instagram du Cnom : [@ordre_medecins](https://www.instagram.com/ordre_medecins) ! Vous y retrouverez des contenus pratiques et variés afin de vous accompagner dans votre exercice et de continuer à vous informer le plus largement possible. Les actualités de l'Ordre y sont également relayées. N'attendez plus et rejoignez-nous ! Et vous pouvez toujours [retrouver le Cnom sur LinkedIn](#).

[Suivre le compte du Cnom sur Instagram](#)



Coordination des soins : l'Ordre rappelle le rôle irremplaçable du médecin

Les réformes successives de ces dernières années tendent à transférer de plus en plus d'actes et de responsabilités vers d'autres professionnels de santé. Le Cnom l'affirme : oui à l'autonomie, voire à l'élargissement des compétences lorsque celui-ci est pertinent et sécurisé. Et les derniers textes relatifs à la réforme de la profession infirmière vont dans ce sens et méritent d'être salués.

Pour autant, autonomie ne signifie pas indépendance. L'organisation du système de santé doit continuer de reposer sur un principe essentiel : la coordination par le médecin afin de garantir qualité, sécurité et continuité des soins aux patients. Toute expérimentation ou évolution

organisationnelle doit être évaluée à l'aune de ces critères. Le Cnom s'interroge ainsi sur la pertinence de dispositifs ou de nouveaux statuts qui, progressivement, remettent en cause la place du médecin dans le parcours de soins. C'est notamment le cas de la généralisation de l'expérimentation pharmaceutique OSyS ou des réflexions en cours visant à faire évoluer le cadre d'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA). Derrière l'objectif affiché d'améliorer l'accès aux soins, le risque est d'affaiblir la coordination des soins et d'exposer les patients à des pertes de chances. Les champs de compétences ne doivent pas être redessinés au détriment des médecins et des patients. Le référentiel métier des médecins, consacré par le nouveau dispositif de certification périodique, doit être préservé. Le médecin est, et doit rester, le pilier de la coordination des soins en ville comme à l'hôpital, le garant de leur qualité et de leur sécurité. Alors que la démographie médicale est appelée à repartir à la hausse dans les prochaines années et que les projections annoncent une augmentation significative du nombre de médecins à l'horizon 2040 (+40 % par rapport à aujourd'hui), il est essentiel de préparer l'avenir en consolidant leur place dans le système de santé et non en organisant leur effacement.



Padhue : des avancées importantes pour la médecine générale dans l'organisation des épreuves de vérification des connaissances

Le CMG, le CNGE, le CNP de médecine interne MIPIC et le Cnom saluent les évolutions apportées à l'organisation des épreuves de vérification des connaissances (EVC) des praticiens à diplôme hors Union européenne pour l'année 2026. Ces évolutions permettent de mieux orienter les candidats selon leur projet professionnel réel. La création d'une épreuve de « médecine interne polyvalente et immunologie clinique » doit notamment éviter que des praticiens ayant vocation à exercer en établissement de santé ne présentent par défaut les épreuves de médecine générale. Les textes reconnaissent également mieux la spécificité de la médecine générale. La composition du jury des EVC de médecine générale est modifiée : son président devra être titulaire du diplôme de spécialité de médecine générale, sans obligation d'exercer des fonctions

hospitalières. Cette évolution tient compte de l'exercice ambulatoire de la médecine générale et du statut de ses enseignants universitaires. Dans ce cadre, la nomination du P^r Vincent Renard, président de la sous-section 53-03 du Conseil national des universités, comme président du jury des EVC de médecine générale constitue un signal fort.

Le CMG, le CNGE, le CNP de médecine interne MIPIC et le Cnom rappellent leur attachement à l'accueil et à l'accompagnement des Padhue dans des conditions claires, équitables et adaptées aux besoins du système de santé. Ils resteront mobilisés pour accompagner les lauréats des EVC de médecine générale, sécuriser leurs parcours de consolidation des compétences et garantir une meilleure cohérence entre les épreuves présentées, les compétences attendues et l'exercice professionnel futur.



Le Parlement adopte la loi sur L'AIDE À MOURIR

La proposition de loi relative à l'aide à mourir a été définitivement adoptée par l'Assemblée nationale en lecture définitive le 15 juillet 2026, par 291 voix. 241 députés ont voté contre et 29 se sont abstenus. Le texte crée un droit à l'aide à mourir, sous certaines conditions : être majeur, de nationalité française, souffrir d'une « affection grave et incurable » engageant « le pronostic vital en phase avancée ou en phase terminale » et ressentir « une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection » qui soit « insupportable » ou « réfractaire aux traitements ». Outre ces critères, la personne demandant l'aide à mourir doit pouvoir « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ».



Elle doit s'administrer elle-même le produit létal sauf si elle n'est pas « physiquement en mesure de le faire », auquel cas le geste est accompli par un médecin ou un infirmier. Le texte prévoit le droit pour ces professionnels d'invoquer une clause de conscience. Au lendemain du vote de la loi, le président du Sénat a saisi le Conseil constitutionnel pour qu'il se prononce sur le texte.



DR PHILIPPE CATHALA
délégué général
aux Affaires
européennes
et internationales

L'assemblée annuelle de l'Association médicale américaine

Réunie à Chicago du 5 au 9 juin 2026, l'Assemblée annuelle de l'American Medical Association (AMA) a rassemblé près de 700 délégués afin de définir les priorités de la profession. Plusieurs délégations étrangères, dont celle du Cnom, étaient invitées. L'AMA y a réaffirmé le rôle central du médecin dans la défense de la science, la lutte contre la désinformation et l'encadrement éthique de l'intelligence artificielle. Elle a par ailleurs renforcé son action contre les procédures d'autorisation préalable imposées par les assureurs, sources de retards de soins et de lourdeurs administratives. À travers le concept de « Food is Medicine », l'organisation entend promouvoir l'éducation nutritionnelle, la recherche et les politiques publiques visant à prévenir les maladies chroniques et à améliorer l'état de santé de la population. Autre temps fort de l'Assemblée, le Dr Willie Underwood III a été investi 181^e président de l'organisation. Volontariste, il a notamment mis en avant la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, l'amélioration de la santé maternelle et la prévention des addictions comme priorités de son mandat. L'AMA a également adopté des mesures visant à lutter contre l'épuisement professionnel des médecins, réaffirmé son soutien à une réforme du financement de Medicare ainsi qu'à la préservation de Medicaid, et promu une formation médicale plus équitable.

Le Comité permanent des médecins européens auditionné

La secrétaire générale du Comité permanent des médecins européens (CPME), Sarada Das, a été auditionnée le 24 juin par le Parlement européen. Elle a présenté la position des médecins européens sur plusieurs propositions législatives et enjeux de santé en cours de discussion. Elle a indiqué que le CPME (dont le Cnom assure actuellement une vice-présidence) participe activement aux travaux européens visant à garantir un déploiement de l'intelligence artificielle dans les soins à la fois

Rencontre du Réseau européen des autorités médicales compétentes

Fin juin, le Cnom a accueilli la 35^e rencontre du Réseau européen des autorités médicales compétentes (ENMCA). Créé en 2010 dans le cadre de la mise en œuvre de la directive européenne 2005/36/CE¹, ce réseau informel réunit les autorités compétentes en matière de reconnaissance des qualifications médicales au sein de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse. Il vise notamment à favoriser l'harmonisation des pratiques, à assurer une application cohérente des règles de reconnaissance et à renforcer la coopération entre les autorités nationales. Cadre essentiel pour accompagner la mobilité des médecins, il se réunit deux fois par an. L'ENMCA est coordonné depuis sa création par les Ordres des médecins allemand, français et britannique. Les discussions ont porté sur les travaux en cours de la Commission européenne, la portabilité des compétences, et la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité dans la directive de 2005. Une session a été consacrée aux outils numériques, notamment au portefeuille numérique européen et à l'amélioration du mécanisme d'alerte IMI, à la suite de plusieurs affaires relayées par la presse européenne concernant des médecins interdits d'exercer dans un Etat membre mais exerçant dans un autre. Au total, une vingtaine de délégations et de représentants institutionnels étaient présents. La Commission européenne et l'Autorité de surveillance de l'AELE (Association européenne de libre-échange) participaient à distance. Le ministère de la Santé était représenté par Mme Eva Meije Mounier, cheffe du Bureau de l'exercice et de la déontologie des professions de santé à la DGOS.

¹ Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

éthique, sûr et efficace. La secrétaire générale a souligné que l'Espace européen des données de santé présente un potentiel considérable, à condition d'être sécurisé, facile d'accès et de garantir le respect de la vie privée et du secret médical. Enfin, elle a rappelé les préoccupations exprimées par le CPME sur le « Digital Omnibus on Data » (simplification des règles numériques européennes) : risque pour la protection des données de santé et de profilage des patients vulnérables.



ENTRETIEN CROISÉ

En Haute-Savoie, créer des liens entre nouveaux arrivés et jeunes retraités

Fin juin, à Annecy, le Cdom de Haute-Savoie a réuni médecins récemment inscrits et jeunes retraités lors de sa soirée annuelle. Un rendez-vous pensé pour accueillir ceux qui arrivent, remercier ceux qui s'en vont et faire vivre le lien confraternel. La Dr Frédérique Costa-Patry, récemment inscrite, et le Dr Jean-François Iahns, en retraite active, y ont participé. Entrevue croisée.

Qu'attendiez-vous de cette soirée ?

Jean-François Iahns : J'avais accepté l'invitation par curiosité, presque par principe, parce que le moment me paraissait juste. Je trouvais intéressant de faire partie de la corporation, de rencontrer de jeunes médecins. Mais personnellement, je n'en attendais pas grand-chose. Avec le recul, je n'ai pas regretté !

Frédérique Costa-Patry : Je n'avais jamais été invitée à ce genre d'événement. J'y arrivais sans attente particulière ni idée préconçue. J'ai découvert sur place le dynamisme du Conseil,



DR FRÉDÉRIQUE COSTA-PATRY

médecin à l'unité gériatrique aiguë du Centre hospitalier Annecy Genevoix



DR JEAN-FRANÇOIS IAHNS

psychiatre libéral à Annecy

les parcours de ceux qui s'installaient et l'expérience de médecins déjà passés par le territoire. C'était aussi l'occasion de voir qui est qui, dans une région où l'on est amené à travailler ensemble.

Que retenez-vous de la rencontre ?

F. C.-P. : J'ai surtout retenu l'atmosphère de la soirée et les récits des uns et des autres. Les médecins qui partaient avaient l'air contents de leur carrière et de ce qu'ils avaient pu mettre en place. On entendait aussi plusieurs appels à l'installation. On voit qu'il y a encore besoin de médecins dans la région.

J.-F. I. : Ce qui m'a marqué, c'est la lecture du serment d'Hippocrate, à la fin. Tout le monde était debout, les jeunes et les retraités. La dernière fois que je l'avais lu, c'était à ma thèse, il y a 40 ans. J'ai trouvé ça très émouvant. Ce rituel rappelle ce qui rattache les médecins entre eux, au-delà de leurs parcours. Il compte aussi pour des confrères libéraux qui partent parfois seuls, sans moment collectif pour saluer leur départ.

DANS LES CONSEILS DE L'ORDRE

Que peuvent se transmettre ceux qui partent et ceux qui arrivent ?

J.-F. I. : Les médecins plus anciens peuvent indiquer aux jeunes des structures qui ne sont pas forcément connues. En psychiatrie, je pense par exemple à certaines associations pertinentes et utiles lorsqu'un généraliste se retrouve en difficulté avec un adolescent, par exemple. C'est aussi l'intérêt de se présenter, d'expliquer ce que chacun fait, ce qu'il connaît, ce qu'il peut transmettre. J'ai aussi évoqué Medamed, une solution développée à Annecy pour aider les généralistes à obtenir un rendez-vous rapide chez un psychiatre.

F. C.-P. : S'installer quelque part, ce n'est pas seulement prendre un poste. Il faut comprendre un bassin, ses ressources, ses habitudes. On arrive parfois avec des idées toutes faites. C'est important de savoir ce que les collègues ont fait, ce qui a marché ou pas, afin de ne pas réinventer la roue. En gériatrie, cette connaissance pèse directement sur les parcours de soins. J'ai plein d'idées, mais je n'ai pas encore assez de recul ici. Avoir un visage, un nom, un premier échange, cela rend aussi les futurs contacts plus simples.

**Cette soirée a-t-elle joué sur l'image que vous avez de l'Ordre des médecins ?**

F. C.-P. : Oui, cela m'a donné l'image d'un Conseil proche des médecins, moins administratif que ce que je pensais. Le fait que la soirée se tienne dans les locaux de l'Ordre compte aussi : il ouvre ses portes et permet cet échange. On sent que c'est un Ordre facile d'accès.

J.-F. I. : Cette soirée rappelle que le Cdom ne se limite pas à l'aspect disciplinaire et organisationnel. L'Ordre peut aussi aider, conseiller, orienter, permettre de faire des liens entre les médecins, entre les générations. J'aurais apprécié ce type de rencontre au début de ma carrière.

3

QUESTIONS À

**DR RENÉ-PIERRE
LABARRIÈRE**
président du CDOM 74

**COMMENT EST NÉE CETTE SOIRÉE ENTRE MÉDECINS RÉCEMMENT INSCRITS ET JEUNES RETRAITÉS ?**

Nous la proposons chaque année depuis 2012, sauf pendant la période de la Covid-19. L'idée est née d'une discussion avec un confrère libéral qui venait de fermer son cabinet, sans successeur ni pot de départ. Il avait le sentiment d'avoir fermé la porte et de ne plus exister. Il fallait remercier ces médecins pour les années au service de la population, sans en faire un moment triste. Réunir inscrits et retraités de l'année permettait aussi un passage de flambeau.

EN QUOI CETTE INITIATIVE CORRESPOND-ELLE À LA MISSION DE L'ORDRE ?

L'Ordre est la maison commune des médecins. Il ne se résume pas à une cotisation ou à un courrier quand une plainte arrive. Le Conseil est aussi un lieu où l'on cherche un avis, un appui pour s'installer, signer un contrat, traverser une difficulté. Cette soirée le rappelle. Le serment d'Hippocrate nous rattache à une même exigence auprès des patients.

AU-DELÀ DU SYMBOLE, CETTE SOIRÉE A-T-ELLE AUSSI UNE UTILITÉ CONCRÈTE ?

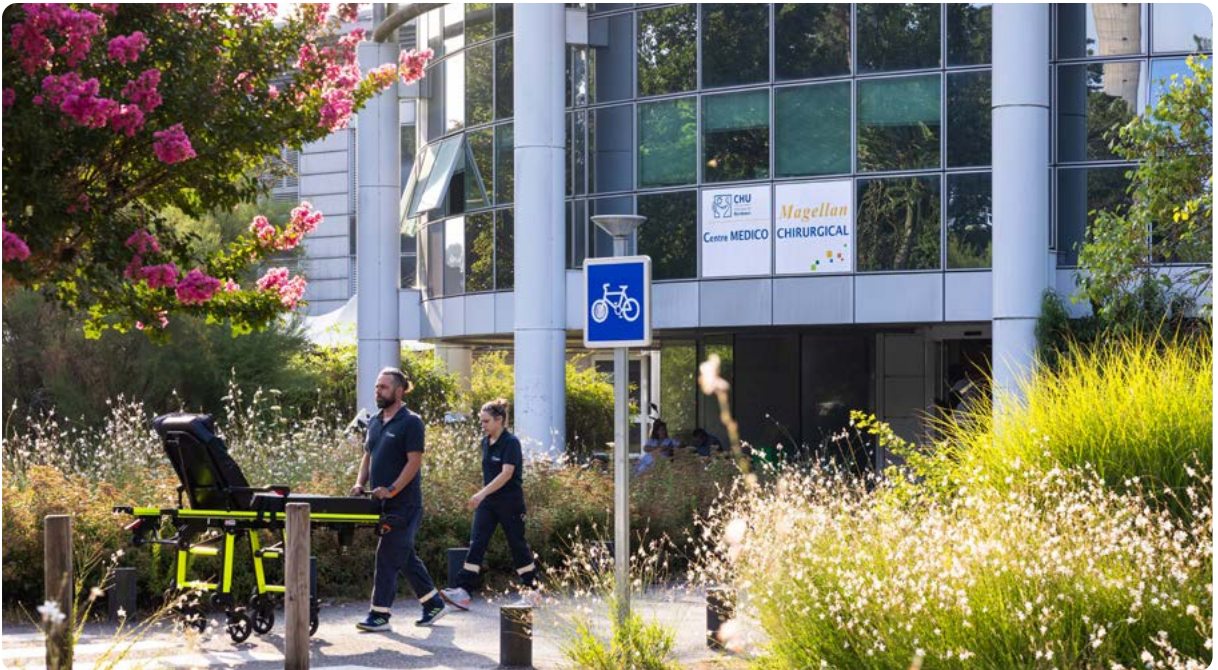
Oui. Elle met des visages sur des noms. Les nouveaux inscrits rencontrent des confrères qui connaissent le territoire, leurs conseillers ordinaires. Les retraités voient que d'autres arrivent. Ces échanges peuvent faciliter

un conseil, une orientation, un lien. Pour les patients aussi, il est utile que les médecins se connaissent. Quinze ans après, cette cérémonie reste l'un des moments les plus aboutis de mon engagement ordinal.





À BORDEAUX, L'HÔPITAL SOIGNE AUSSI SON EMPREINTE CARBONE



↑ Le CHU de Bordeaux a pour objectif qu'un tiers de ses services (soit 123) soient labellisés «unités durables» d'ici à 2030.

La santé représente 8 % des émissions carbone de la France. Face à ce constat, le CHU de Bordeaux a choisi de faire de l'écologie une priorité stratégique. Reportage au sein des «unités durables» qui sont au cœur de cette démarche.

Au bloc d'endoscopie digestive, une seule valve en caoutchouc est désormais utilisée pour deux actes sur le même patient, quand deux étaient nécessaires auparavant. Un détail en apparence. «Mais multiplié par des centaines d'opérations, il devient un levier concret de réduction des déchets hospitaliers», souligne le docteur Margot Biscay, gastroentérologue.

Au CHU de Bordeaux, on ne parle plus de «développement durable» mais de «transformation écologique». Un changement sémantique qui en dit beaucoup sur la philosophie

du projet. «Nous avons besoin d'une rupture. Il ne s'agit plus d'actions ponctuelles, mais d'une nouvelle façon de penser les gestes quotidiens des soignants, des prescriptions médicales, de la gestion des matériels», témoigne Floriane Lenoir, directrice de la transformation écologique. Cette ambition s'est traduite par une feuille de route forte de 130 actions touchant aussi bien l'énergie que la mobilité, l'alimentation ou l'écosoin.

Un dispositif né du terrain

Au cœur de cette démarche : les «unités durables», un label développé par le CHU. Huit services pilotes sont sélectionnés dès 2019, avant qu'une cinquantaine de professionnels ne coconstruisent une méthode commune. Aujourd'hui, 38 unités durables sont recensées et le dispositif a essaimé dans

SUR LE TERRAIN



↑
Le parcours patient comprend jusqu'à six intervenants, pour huit pathologies différentes, tandis que 18 bureaux de consultation accueillent 250 patients par jour (avec un parcours dédié aux publics précaires).



↑
Sur le plateau de consultations médico-chirurgicales digestives, fibroscan, consultation, prélèvement et exploration fonctionnelle peuvent s'enchaîner en une seule venue.



↑
Les endoscopes réutilisables sont nettoyés entre chaque acte. Un maillon essentiel de la réduction des déchets au bloc.

une vingtaine d'établissements du territoire. « Au plateau technique d'endoscopie digestive, cette labellisation a suscité un véritable engouement. Nous avons remis en question nos habitudes de travail. Les changements s'appuient sur des référentiels validés et sont déployés à qualité et sécurité des soins égales, voire améliorées », témoigne Laure Lamarche, infirmière de bloc opératoire. Exemples, parmi d'autres : mutualisation des bouteilles de sérum physiologique servant au rinçage des endoscopes, bannissement du tas de compresses systématique, réduction des pots de formol, arrêt de l'envoi papier des résultats biologiques. Un projet de recherche, « Colo sous l'eau », évalue le remplacement de l'eau stérile en flacon plastique par une eau du robinet contrôlée – de quoi économiser des tonnes de plastique.

Un changement de culture

À l'étage inférieur, au plateau de consultations médico-chirurgicales digestives, la transition passe par la réorganisation du parcours de soins. Le principe : des consultations groupées le même jour, sur le même plateau, com-

plétées par la téléconsultation. « L'enjeu est double : éviter au patient de venir plusieurs fois et réduire les émissions liées aux déplacements », explique le docteur Juliette Foucher, hépatologue.

Du côté de la pharmacie aussi, les pratiques évoluent. « On essaie de gérer au mieux pour que les dispositifs médicaux soient utilisés à bon escient, limiter le gaspillage, optimiser les stocks. Nous avons un rôle à jouer dans les achats avec des indicateurs durables », explique Aurélie Fresselinat, responsable de la pharmacie des dispositifs médicaux. La pharmacie travaille sur la réduction du plastique à usage unique – gants, fils de suture, cathéters – et vise à son tour la labellisation « unité durable ».

D'ici à 2030, une baisse de 19 % des émissions de CO₂ de l'hôpital est attendue. Mais le chemin est semé d'obstacles. « Il faut en permanence montrer l'impact de nos actions pour convaincre le plus de monde possible. Le manque de temps dédié continue de freiner l'implication d'équipes déjà absorbées par leurs missions de soins », regrette le docteur Biscay. Le changement ne se fera pas rapidement, mais il est en route.



Le
reportage
en vidéo

Slim BRAMLI

Hépatogastro-entérologue
au centre hospitalier d'Avignon



« La médecine française exerce une aura indéniable »

Slim Bramli s'est spécialisé en gastroentérologie à son arrivée en France. La pratique hospitalière a été au cœur de sa carrière comme de sa formation. En parallèle, il a milité pour simplifier l'intégration des médecins étrangers dans le système français.

Quand Slim Bramli arrive en France en 1989, son diplôme de médecin générale de l'Université d'Alger en poche, certaines spécialités commencent déjà à manquer de praticiens sur le territoire. Lui choisit de poursuivre une formation en gastroentérologie à Nancy. *« La médecine française était, et reste, excellente. Elle exerce une aura indéniable à l'étranger, en particulier dans les pays francophones »,* estime-t-il.

Après un long parcours comprenant de nombreux stages hospitaliers, des examens tous les semestres et la présentation d'un mémoire, le docteur Bramli fait partie des premiers praticiens adjoints contractuels (PAC) titularisés, ce qui lui permet d'intégrer le centre hospitalier d'Avignon en 1998. *« Cela en valait la peine, considère Slim Bramli. J'ai soigné des milliers de patients, élaboré des protocoles de recherche au sein de la Société française d'endoscopie digestive et de la Fédération francophone de cancérologie digestive. »* Et d'ajouter : *« L'hôpital public m'a énormément appris et je conseille aux jeunes internes d'y travailler au moins dix ans avant de tenter l'expérience du libéral. »*

FAITS MARQUANTS

- En 1994, il obtient son diplôme interuniversitaire de spécialité en hépatogastroentérologie à Nancy.
- En 2002, il est lauréat du concours PH type 2, il devient praticien hospitalier à temps plein au CH d'Avignon
- En 2015, il obtient son DESC d'oncologie médicale à Montpellier.

Simplifier les procédures d'intégration

En parallèle, le médecin a milité pour faciliter l'intégration des médecins formés hors de l'Union européenne en participant à la création de la Fédération des praticiens de santé. C'est le premier syndicat représentatif des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) en France. *« Depuis la mise en place des premières procédures d'autorisation d'exercice (PAE) à la fin des années 1990, près de 40 000 professionnels ont été titularisés et sont indispensables à notre système de santé »,* précise le docteur Bramli. Pour lui, *« une loi pérenne serait souhaitable. Leur intégration doit se structurer autour d'un parcours de consolidation de six mois à deux ans au sein de l'hôpital pour acquérir des connaissances de terrain et s'acculturer aux pratiques françaises ».* L'aspect administratif doit être simplifié, comme le suggèrent les propositions du Cnom, avec l'espoir d'en finir avec les statuts précaires pour les nouveaux Padhue.

Prévention en santé : replacer le médecin au cœur du temps long

Historiquement, notre système de santé s'est construit autour du soin curatif. Pourtant, à travers la prévention, le médecin a un rôle essentiel à jouer pour préserver la santé physique et mentale de ses patients, réduire leurs risques de pathologies futures et les accompagner durablement vers une meilleure qualité de vie.



CONTEXTE

L'heure du passage à l'acte ?

La France soigne mieux qu'elle ne prévient. Alors qu'une mission gouvernementale planche sur le sujet et que de nouveaux outils entrent en scène, le médecin traitant se retrouve en première ligne d'un virage préventif encore à consolider.

« En France, on fait semblant de faire de la prévention en santé. » Cette formule sans détour est de Cyril Isaac-Sibille. Chargé depuis janvier 2026 d'une mission gouvernementale sur la prévention, le député pose un diagnostic lucide sur un pays dans une situation paradoxale. Car force est de constater que nous avons su nous doter de l'un des systèmes de soins les plus performants au monde sans le compléter d'un volet préventif. À peine 2 % des dépenses de santé sont aujourd'hui consacrées à empêcher des maladies que nous savons prendre en charge, certes, mais à grands frais.

Trois niveaux de prévention

Encore ce chiffre suppose-t-il qu'on s'entende sur ce que « prévenir » veut dire. Car derrière le verbe se cache une réalité à plusieurs étages. On distingue classiquement trois niveaux de prévention. La primaire agit en amont, avant que la pathologie n'apparaisse, sur l'exposition aux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, alimentation, environnement...) et inclut la vaccination. La secondaire cherche à détecter la maladie tôt, par le dépistage, pour intervenir au plus vite. La tertiaire, enfin, entre en jeu une fois qu'elle est installée, pour en limiter les complications et préserver la qualité de vie. Une grille limpide sur le papier. Mais dès qu'il s'agit de la traduire en actes, la belle ordonnance se brouille. « Et à force d'empiler les catégories, on finit par ne plus savoir qui doit faire quoi », résume Laurent Chambaud, médecin de santé publique et membre du Comité consultatif national d'éthique. Régulièrement mis en avant dans les stratégies nationales de santé successives, le sujet revient aujourd'hui sur le devant de la scène avec une acuité nouvelle, poussé par des pressions convergentes. D'une part, une charge toujours plus difficile à absorber, liée au vieillissement de la population, à la progression des maladies



chroniques ou encore à la dégradation de la santé mentale des jeunes. D'autre part, des attentes montantes de citoyens de mieux en mieux informés, désireux de devenir davantage acteurs de leur propre santé. « Tous ces signaux replacent la prévention là où elle aurait toujours dû se trouver : au cœur de l'exercice médical », remarque le Dr Hélène Harmand-Icher, présidente de la section santé publique du Cnom.

Des occasions multiples

Pour un médecin, la prévention se joue d'abord dans les actes du quotidien : une question sur le tabac ou l'alcool, une prise de poids, une orientation vers un sevrage ou un nutritionniste, des conseils de protection contre les maladies vectorielles comme le chikungunya ou même pour mieux traverser les épisodes caniculaires. « Toutes les occasions sont bonnes pour engager la discussion avec les patients et éclairer les choix qu'ils sont amenés à prendre et qui auront un impact sur leur santé future », insiste le Dr Emmanuel Ricard, directeur de la prévention et de la promotion des dépistages

à la Ligue contre le Cancer. Sans oublier, bien sûr, les vaccinations – dont celle contre le HPV pour lequel la France accuse encore un retard préoccupant – et la participation aux programmes nationaux de dépistage organisé (sein, colorectal, col de l'utérus). « À noter cette année le déploiement d'un programme pilote de dépistage du cancer du poumon couplé à un accompagnement à l'arrêt du tabac, indique Emmanuel Ricard. Cette opération nécessite l'engagement des professionnels de santé afin d'identifier et d'orienter les patients désireux de participer. »

L'engagement des médecins

Longtemps, la prévention n'a tenu qu'à la bonne volonté du praticien, souvent chassée par l'urgence du curatif. Désormais, plusieurs dispositifs viennent l'encourager, la faciliter et la valoriser. Depuis 2024, les médecins peuvent ainsi proposer à leurs patients des bilans de prévention : des temps d'échanges dédiés permettant d'aborder en détail les habitudes de vie, la réalisation des dépistages et des rappels de vaccination, et d'identifier des facteurs de risque de maladies chroniques. 525 000 bilans ont été réalisés à ce jour grâce à la mobilisation de 20 000 professionnels de santé, dont 9 000 médecins libéraux. « Pour aller plus loin, l'Assurance maladie déploie cette année un tableau de bord inédit, annonce le Dr Catherine Grenier, médecin-conseil national de l'Assurance maladie. Accessible sur AmeliPro, il signale, pour chaque personne, les actes de prévention qui ont été réalisés et ce qui reste à faire. » Par ailleurs, depuis janvier 2026, le forfait médecin traitant a remplacé la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), valorisant la prévention non plus sur la base d'une déclaration annuelle pour toute la patientèle, mais individu par individu, à raison de 5 € par acte de prévention réalisé ou prescrit par le médecin.

Le rôle pivot du médecin

La prescription compte car la prévention est un travail d'équipe. Dès lors que l'acte peut être prescrit par le médecin puis réalisé par un pharmacien, un infirmier ou une sage-femme, la prévention devient une responsabilité collective. « Mais encore faut-il que l'information circule et revienne toujours au médecin traitant, indique le Dr Harmand-Icher. Car celui-ci doit plus que jamais être le pivot central de la prévention, en tant que référent de confiance et garant de la cohérence

Le point de vue de l'Ordre



**DR HÉLÈNE
HARMAND-ICHER**
présidente de la section
Santé publique
du Cnom

« La prévention devient une exigence de santé publique »

« Trop longtemps reléguée au rang de bonne intention, la prévention est aujourd'hui, pour l'Ordre, un acte médical à part entière, soumis aux mêmes exigences scientifiques, éthiques et déontologiques que le diagnostic ou le soin. Ce n'est pas une formule : quand 2 % seulement des dépenses de santé lui sont consacrées et alors que le tabac, l'alcool et la pollution atmosphérique causent plus de 120 000 décès par an, la prévention devient une exigence de santé publique. L'Ordre donne des outils au service de cette conviction. La section Santé publique conduit des travaux sur plusieurs fronts : cancer, désinformation en santé, vaccination, nutrition et obésité, antibiorésistance, pratiques de soins non conventionnels et déterminants environnementaux, suivant l'approche One Health (Une seule santé) promue par l'OMS. De ces chantiers naissent des outils concrets, à l'image du « dérivomètre », un support que le médecin peut afficher en salle d'attente pour aider ses patients à repérer d'éventuelles dérives thérapeutiques. Informer, protéger, éclairer les choix : c'est aussi cela, prévenir. »

entre prévention, dépistage et prise en charge. »

Cette structuration n'est pas la seule condition de la réussite du virage engagé. Il faudra encore renforcer la formation des soignants, développer des protocoles partagés et encourager de manière équitable la systématisation des actes préventifs chez l'ensemble des professionnels de santé.



**EMMANUEL
RICARD**
directeur
de la prévention
et de la promotion
des dépistages
à la Ligue
contre le cancer

« La légitimité des médecins est précieuse »

« On estime que 40 % des cancers sont liés à des causes évitables. Parmi ces dernières, certaines sont associées à l'environnement dans lequel nous évoluons, à la qualité de l'air et de l'eau, à notre alimentation... Même si ces sujets semblent hors du champ de compétence des médecins traitants, ces derniers ont tout de même un rôle important à jouer, qui consiste à porter leur voix au-delà de leur cabinet. À l'heure des fausses informations, leur légitimité est précieuse : quand l'Ordre a pris position sur la loi Duplomb, le débat sur les pesticides a cessé d'être « une affaire d'écologistes » pour devenir une question de santé publique. La question de la qualité de l'eau mise en danger par les PFAS, les nitrites et autres pesticides aurait également bien besoin de l'implication des professionnels de santé dans les débats publics. Au-delà de leur prise de parole, les médecins peuvent également être un appui précieux pour les communes engagées dans le programme "Ma Ville se Ligue" qui vise à développer des environnements favorables à la santé. »

« Le virage de la prévention ne se fera pas sans ambition politique »



**LAURENT
CHAMBAUD**
médecin de Santé publique,
membre du Comité consultatif
national d'éthique

« La prévention souffre d'un déficit de pratique alimenté par un excès de vocabulaire. Prévention primaire, secondaire, tertiaire,

primordiale et même quaternaire, éducation à la santé, littératie en santé... Cette galaxie de termes ne fait que noyer la compréhension et éloigner les professionnels de l'essentiel. Je défends une distinction plus simple : d'un côté ce qu'on attend du système de soins, de l'autre ce qui relève de la société. Aux médecins, les pratiques cliniques préventives : vaccination, dépistage, éducation thérapeutique, bilans de santé. À la collectivité, l'action sur les déterminants : environnement, alimentation, urbanisme favorable à la santé. Cette clarté a une vertu. Elle dit où se situe la responsabilité de chacun. Mais elle ne suffira pas. Tant qu'il manquera des protocoles, de la formation et un véritable accompagnement, la prévention restera un mot d'ordre. Ce virage ne se fera pas sans une ambition politique à la hauteur. »

« Chacun pourra devenir acteur de la prévention »



**CATHERINE
GRENIER**
médecin-conseil
national
de l'Assurance
maladie

« Pour aider les médecins dans leurs actions de prévention, l'Assurance maladie déploie cette année un nouveau tableau de bord qui facilitera le repérage des actions à mener patient par patient. Accessible sur AmeliPro, il permet déjà d'identifier les patients qui sont à jour de leur dépistage du diabète ou de la maladie rénale chronique. Prochainement, il s'enrichira de nouveaux indicateurs : dépistages organisés

des cancers, vaccination, examens obligatoires de l'enfant... Grâce à ce nouvel outil auquel sera adossé le volet "prévention" du nouveau forfait médecin traitant, les médecins savent où agir et, de notre côté, nous avons une meilleure vision des pratiques de prévention à l'échelle nationale et individuelle. Parallèlement, via Mon Espace Santé, nous donnerons également aux patients la visibilité sur leurs propres indicateurs, en miroir de ce que consulte leur médecin. Chacun pourra ainsi devenir acteur de la prévention. »

La prévention, en pratique

Systématiser la prévention... oui, mais comment ? Panorama des outils destinés à aider les médecins à exercer pleinement cette mission essentielle.

En matière d'outils de prévention, ces dernières années auront été riches en nouveautés ! Les médecins généralistes peuvent désormais identifier les patients pour lesquels une action est nécessaire grâce au nouveau tableau de bord mis en ligne sur AmeliPro.

À terme, il offrira une vision complète du parcours de prévention patient par patient (vaccinations, dépistages, examens obligatoires). Parallèlement, les professionnels ont aussi l'opportunité de proposer des bilans de prévention aux assurés relevant de quatre tranches d'âges : 18 à 25 ans, 45 à 50 ans, 60 à 65 ans, 70 à 75 ans. Le dispositif aborde notamment les antécédents médicaux et familiaux, les habitudes de vie, le repérage des maladies chroniques, le suivi du parcours de santé, le bien-être mental et social, la perte d'autonomie... Pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans avance de frais, le bilan de prévention est rémunéré 30 € en métropole et 31,50 € dans les Drom. Les médecins peuvent également profiter des grandes campagnes de prévention nationales – mars pour le côlon, juin pour le col de l'utérus, octobre pour le sein – pour inciter leurs patients à participer aux dépistages organisés. Des affiches pour les salles d'attente sont téléchargeables sur le site de l'INCa.

Pour aller plus loin

Au-delà de leur cabinet, les médecins disposent de leviers pour amplifier leur action. Le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) permet ainsi de travailler en binôme avec une infirmière déléguée à la santé publique (IDSP), chargée d'actions de prévention et de dépistage : entretiens de prévention, accompagnement au sevrage tabagique, éducation thérapeutique, suivi de patients chroniques, repérage des troubles cognitifs... De quoi dégager un temps précieux et démultiplier l'action préventive. Les praticiens peuvent aussi s'engager dans les dispositifs d'« aller vers » qui vont à la rencontre des publics éloignés du soin : mammobus, bus de dépistage, Bus du cœur des femmes... autant d'occasions d'orienter

Le point de vue de l'Ordre



DR SYDNEY SEBBAN
pédiatre,
vice-président
de la section santé
publique du Cnom

« Le médecin n'est pas là pour juger, mais pour informer, conseiller et accompagner la décision du patient »

« Plutôt qu'une expertise exercée en surplomb ou dans l'opposition, je suggère une attitude épaule contre épaule. Je conseille d'éviter les tournures culpabilisantes – "vous êtes en retard sur votre vaccin", "il va falloir maigrir" – qui risquent d'engendrer une réactance. Plutôt que de répondre immédiatement à une question par un argument ou une injonction, il peut être utile d'explorer d'abord, par une question ouverte, ce que le patient sait, croit ou redoute. Parfois il faut de l'imagination. Par exemple, face à des parents qui s'interrogent sur la vaccination, je suggère de venir avec leur propre carnet de santé et nous y revisitons ensemble leur propre parcours vaccinal, ce qui permet de capitaliser sur une histoire qui s'est bien passée ! »

les patients qui passent entre les mailles du système. Enfin, la prévention se joue à l'échelle des territoires : en s'impliquant dans des programmes comme « Ma Ville se Ligue » ou en relayant les campagnes locales, le médecin devient un acteur de santé publique, bien au-delà du colloque singulier.

3

QUESTIONS À

KHALIFÉ **KHALIFÉ**
sénateur

2.

OÙ EN EST-ON CONCRÈTEMENT ?

En décembre dernier, Yannick Neuder a déposé une proposition de loi centrée sur la prévention cardio-neuro-vasculaire. Votée à l'Assemblée le 8 avril, je l'ai ensuite portée au Sénat où elle a été enrichie en dépassant la seule prévention pour adopter une approche à 360° à l'image du Plan Cancer. Le texte vient d'être adopté en commission mixte paritaire et sera sans nul doute confirmé dans les deux assemblées très prochainement ; il ne restera plus à la ministre qu'à en définir les décrets d'application. Concrètement, cette stratégie nationale introduit un dépistage des maladies cardio-neuro-vasculaires et des maladies cardiaques structurelles lors des rendez-vous de prévention proposés à certains âges clés de la vie, un dépistage de l'hypercholestérolémie familiale chez tous les enfants de six ans, la systématisation du dosage de la créatinine ou encore le renforcement de la sensibilisation aux facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires à l'école ou en entreprise.

1.

QUELLE EST L'AMBITION DU GRAND PLAN CŒUR FRANÇAIS QUE VOUS SOUHAITEZ ENGAGER ?

Face aux maladies cardio-neuro-vasculaires, la France est dans une situation paradoxale : nous avons souvent été pionniers en ce qui concerne les innovations thérapeutiques, mais nous ne nous sommes jamais dotés d'une stratégie nationale coordonnée pour les combattre. Il y a certes beaucoup d'argent investi dans la prévention, mais les différents acteurs travaillent en silos, avec très peu d'efficacité à la clé. Ce manque de transversalité n'est pas une fatalité. Prenons le Plan Cancer, par exemple. Depuis plus de vingt ans, il prouve qu'une approche décloisonnée en guichet unique peut engendrer des avancées majeures dans tous les domaines, de la prévention à la recherche thérapeutique en passant par l'accompagnement des personnes malades. Pourquoi la cardiologie ne suivrait-elle pas le même modèle ? Depuis un an, avec un collectif qui réunit la Société française de cardiologie, la Fédération française de cardiologie, la Fondation Cœur et Recherche et des associations de patients, nous parlons d'une seule voix pour bâtir un Plan Cœur à la française, adapté de ce qui a été voté au niveau européen fin 2025.

3.

QUEL IMPACT SUR LE QUOTIDIEN DES MÉDECINS ?

Ils disposeront d'abord d'une feuille de route actualisée, qui réaffirme la place centrale de la prévention et du dépistage, avec une mention particulière de la détection clinique des cardiopathies structurelles. Mais les médecins connaissent déjà les facteurs de risque : ils sont formés pour cela. L'enjeu véritable est ailleurs, dans la proximité et l'appropriation par la population. Il faut que chacun se sente concerné et cesse de croire que l'infarctus n'arrive qu'au voisin. Car les progrès thérapeutiques ont eu un effet pervers : à force d'angioplasties et de prises en charge précoces, l'infarctus est devenu presque banal et la prévention s'en est trouvée affaiblie. C'est ce souffle qu'il faut lui redonner. Cet effort de proximité mobilise, autour du médecin, d'autres professionnels de santé : l'infirmière du travail, au plus près des salariés, ou encore les pharmaciens et les kinésithérapeutes, que nous avons autorisés à mesurer la tension artérielle. Mais que l'on s'entende bien : élargir les points de contact ne dilue en rien le rôle du médecin. C'est lui qui reste le pivot du dépistage et du suivi, celui qui interprète, oriente et coordonne.

INTERVIEW

À RETENIR

Depuis 2024, les médecins peuvent proposer à leurs patients des bilans de prévention :

des temps d'échanges dédiés permettant d'aborder en détail les habitudes de vie, la réalisation des dépistages et des rappels de vaccination, et d'identifier des facteurs de risque de maladies chroniques.

525 000 bilans

ont été réalisés à ce jour grâce à la mobilisation de 20 000 professionnels de santé, dont

9 000 médecins libéraux

2 %

DES DÉPENSES DE SANTÉ EN FRANCE
SONT CONSACRÉES À LA PRÉVENTION.



EMMANUEL RICARD
directeur de la prévention
et de la promotion
des dépistages à la Ligue
contre le cancer

« Cette année va être déployé un programme pilote de dépistage du cancer du poumon couplé à un accompagnement à l'arrêt du tabac. Cette opération nécessite l'engagement des professionnels de santé afin d'identifier et d'orienter les patients désireux de participer. »

Les trois niveaux de prévention

1. La prévention primaire : agir sur l'exposition aux facteurs de risques (tabac, alcool, sédentarité...) avant que la pathologie n'apparaisse ; elle inclut la vaccination.
2. La prévention secondaire : chercher à détecter la maladie le plus tôt possible par le dépistage afin d'intervenir rapidement.
3. La prévention tertiaire : limiter les complications d'une maladie installée afin de limiter les complications et préserver la qualité de vie.

Le médecin a un rôle clé à jouer en rappelant notamment la nécessité de se faire vacciner ou bien de participer aux programmes nationaux de dépistage organisé. Par ailleurs, les consultations offrent de nombreuses occasions de faire de la prévention. Elles sont l'occasion de parler de consommations à risque comme le tabac ou l'alcool, d'hygiène de vie (alimentation, sommeil...) ou encore de donner des conseils sur comment traverser un épisode caniculaire, par exemple. Il peut être prescripteur d'un acte réalisé par un autre professionnel de santé, mais il reste le pivot de ce travail d'équipe.

ENTRETIEN CROISÉ

TESTS GÉNÉTIQUES : UN OUTIL PRÉCIEUX À L'ENCADREMENT NÉCESSAIRE

Parler de tests génétiques, c'est évoquer deux réalités distinctes. D'une part, les tests dits « récréatifs », qui connaissent un certain succès bien que non autorisés en France et dont les limites doivent être bien connues. D'autre part, les tests prescrits, réalisés et analysés pour raisons de santé, qui ouvrent la voie à une médecine préventive et personnalisée, nécessitant un cadre éthique et organisationnel solide.

Quels sont les risques liés aux tests génétiques en population générale ?

D^r Christine Louis-Vahdat :

L'un des principaux risques est une dérive eugéniste. Les tests génétiques doivent avoir pour finalité la prévention ou le traitement des maladies graves, et non l'amélioration de l'espèce humaine. Par ailleurs, il existe un risque de stigmatisation, voire de discrimination, par exemple des enfants étiquetés comme potentiels futurs malades. La réalisation de tests génétiques prédictifs n'est pas sans risque psychologique, la potentialité d'une maladie pouvant induire un stress important. Enfin, la question de la sécurité et de la gestion des données est au cœur des débats, avec des risques de détournement et d'exploitation commerciale par des acteurs privés. À noter : déontologiquement, le médecin est tenu non seulement à un devoir d'information, mais également à une balance bénéfice-risques.

P^r Laurence Faivre : Concernant les tests non autorisés en France,

la communauté des généticiens alerte sur l'interprétation des résultats. Les contrôles qualité sont généralement très en deçà de ceux mis en œuvre dans le cadre des analyses génétiques réalisées à visée médicale. Par ailleurs, beaucoup vendent ces tests en prétendant donner des informations sur des prédispositions à des maladies communes, comme Alzheimer. Or, leur valeur prédictive reste limitée au regard de l'état actuel des connaissances. Quant aux tests génétiques que l'on propose dans nos consultations de génétique, ils sont bien réglementés, avec une attention particulière au consentement éclairé du patient et un réel accompagnement. Le consentement concerne aussi la gestion et l'utilisation des données. Un point particulièrement sensible concerne les découvertes incidentes, c'est-à-dire les résultats mis en évidence au cours d'un examen génétique alors qu'ils ne relevaient pas du motif initial de la prescription. Leur restitution nécessite un temps d'échange dédié avec



D^r CHRISTINE LOUIS-VAHDAT
présidente de la section Éthique et déontologie



D^r LAURENCE FAIVRE
généticienne, cheffe du centre de génétique du CHU de Dijon, animatrice de la filière de santé AnDDI-Rares

le patient afin d'en expliquer la portée et les conséquences potentielles. À ce jour, les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas finalisées car certaines modalités de leur mise en œuvre font encore l'objet de discussions.

Quelles sont les conséquences des tests génétiques sur le système de santé ?

C. L.-V. : Une généralisation des tests génétiques pourrait améliorer le dépistage, le diagnostic, la prévention et la recherche. Cela pourrait avoir pour conséquence une diminution des dépenses de santé. La rentabilité du dépistage systématique de certains gènes (BRCA1/2) en population générale pour une tranche d'âge déterminée a été démontrée dans des pays

à revenus élevés. De telles généralisations nécessitent de cibler des gènes actionnables. Des risques d'inégalités existent néanmoins – liés aux coûts si les tests ne sont pas remboursables, à des différences territoriales, à une compréhension variable de l'information génétique selon l'âge, l'éducation... L'Ordre estime également qu'une attention particulière doit être portée aux tests demandant certaines informations préalables telles que l'origine ethnique. Un mésusage de ces données pourrait être à l'origine de discriminations ou d'usages politiques contestables.

L. F. : Le domaine de la génétique ne cesse d'évoluer. L'éligibilité aux tests s'élargit, les outils évoluent et les connaissances s'enrichissent. Le nombre de généticiens et de conseillers en génétique a vraiment augmenté dans de nombreuses équipes et cette dynamique devrait se poursuivre. L'ouverture de la prescription à d'autres spécialistes doit s'accompagner des organisations et des compétences nécessaires pour garantir une information et un accompagnement des patients de même qualité.

Comment les tests génétiques peuvent-ils améliorer le dépistage néonatal ?

L. F. : Les tests génétiques sont encore très peu utilisés dans le dépistage néonatal mais ils suscitent un grand intérêt. En effet, son principe est de diagnostiquer certaines maladies avant l'apparition des symptômes afin de mettre en place rapidement un traitement. Les progrès des traitements et la baisse des coûts du séquençage ouvrent aujourd'hui la perspective d'un élargissement du dépistage néonatal. C'est dans ce contexte que nous avons lancé, en 2020, un premier projet SeDeN visant



à évaluer l'acceptabilité théorique de cette évolution auprès de la population et des professionnels de santé et des couples, avec des résultats favorables. Nous avons ensuite initié le projet PERIGENOMED, dont la première phase, déployée en 2025, évalue en conditions réelles l'acceptabilité, la faisabilité et l'organisation de ce dépistage. La deuxième phase vise à l'étendre à l'ensemble des maternités de Bourgogne-Franche-Comté et à en mesurer les conséquences, notamment sur les parcours de soins et les coûts associés.

Comment garantir l'égalité face aux tests génétiques ?

C. L.-V. : Il faut définir une politique de santé publique qui permette de prendre en charge des tests en population générale sur des gènes actionnables, afin de mettre en place des mesures préventives et curatives évitant le développement de pathologies, et donc de réduire les dépenses de santé associées.

Le diagnostic génétique est-il un investissement pour la santé, la société et l'économie ?

C. L.-V. : La médecine génétique prédictive vise à anticiper la survenue de maladies avant l'apparition

des symptômes, pour proposer une prévention et une prise en charge personnalisées à partir de l'analyse des données de séquençage, dans un contexte d'avancées majeures de la génétique, permettant d'identifier des variants et des facteurs de prédisposition dans certains gènes à un coût de plus en plus abordable. En France, l'encadrement juridique de la génétique est strict.

L. F. : Les premières études internationales montrent que le séquençage génomique, lorsqu'il est proposé suffisamment tôt dans le parcours diagnostique des maladies rares, permet d'augmenter les chances de poser un diagnostic, de réduire l'errance diagnostique et d'éviter certains examens inutiles ou redondants. En France, les premiers résultats du Plan France médecine génomique confirment son intérêt clinique, tandis que les évaluations médico-économiques sont encore en cours. Les bénéfices pour les patients, leurs familles et l'organisation des parcours de soins sont d'ores et déjà bien établis ; leur traduction en économies pour le système de santé reste à quantifier avec davantage de recul.



L'Ordre s'engage pour la santé mentale des médecins

DR SOPHIE DESMEDT-VELASTEGUI,
vice-présidente du Cnom et référente
de la mission santé mentale

Un Français sur cinq est concerné par un trouble psychique ou un problème de santé mentale. Les médecins n'échappent pas à cette réalité. Pour mieux objectiver les réalités vécues par les médecins et produire des connaissances utiles à l'action, le Cnom a souhaité créer un Observatoire de la santé mentale des médecins. Explications.

Pourquoi la santé mentale des médecins est-elle une priorité de votre mandat ?

Nous observons une fragilisation croissante des médecins, quels que soient leur mode d'exercice et leur spécialité. Plusieurs raisons à cela : la multiplication des contraintes organisationnelles, le manque de temps médical, les tensions démographiques, l'isolement professionnel ou encore l'augmentation de l'insécurité. L'exercice est plus difficile qu'il y a vingt ans. Trop de confrères renoncent, par peur du jugement, à demander de l'aide, alors qu'ils devraient être encouragés à le faire et se sentir soutenus. C'est d'autant plus important qu'en protégeant la santé mentale des médecins, on préserve la qualité des soins et l'attractivité de la profession pour les plus jeunes.

Les médecins sont-ils moins enclins que d'autres à demander de l'aide ?

Certainement, parce qu'ils ont tendance à normaliser, après des études longues et exigeantes, la privation de sommeil, le travail sous pression constante et les impacts sur leur santé et leur vie personnelle. Il est important de banaliser le recours à un soutien

psychologique ou psychiatrique. Chacun peut être concerné par le burn-out, la dépression ou les addictions : le médecin doit savoir immédiatement vers qui se tourner et de façon confidentielle.

Pourquoi avoir fait le choix de créer un Observatoire de la santé mentale des médecins ?

Aujourd'hui, les données disponibles sont éparées. Elles concernent un territoire, une tranche d'âge, une spécialité... L'observatoire permettra de disposer d'une vision globale et d'objectiver les ressentis pour apporter des réponses adaptées. Des enquêtes anonymes régulières permettront de suivre l'évolution de la situation et d'évaluer l'impact des actions menées. L'enjeu est de mieux comprendre les conséquences sur la santé mentale des conditions d'exercice, d'identifier les facteurs de vulnérabilité et d'orienter les politiques de prévention et d'accompagnement sur des besoins réels.

Que pouvez-vous nous dire au sujet du questionnaire qui sera adressé aux médecins ?
Il s'agira d'un questionnaire

centré sur leurs préoccupations quotidiennes : charge de travail, épuisement professionnel, santé psychique, équilibre vie professionnelle-vie personnelle, recours aux dispositifs d'aide, freins à la demande de soutien... L'objectif n'est ni de dresser un tableau noir ni de stigmatiser un exercice ou une spécialité, mais de prendre la température pour agir lorsque c'est nécessaire. Les médecins recevront le premier questionnaire en octobre 2026, puis chaque année. Il s'agira d'un véritable rendez-vous. Une thématique particulière sera approfondie à chaque édition.

Comment travaillerez-vous à partir des résultats ?

Les données serviront de point de départ. Certaines actions pourront être mises en œuvre rapidement, d'autres s'inscriront dans la durée, comme l'amélioration des conditions de travail à l'hôpital ou l'ajout de modules sur la santé mentale dans la formation initiale des jeunes médecins. Notre volonté est d'adopter une démarche concrète, fondée sur la connaissance, pour le bien-être des médecins.

SOMMAIRE

P. 26

DÉCRYPTAGE

Tout savoir sur le système IMI

p. 27

DÉCRYPTAGE

« L'enjeu est de s'assurer que la financiarisation soit éthique »

P. 28

EN PRATIQUE

Télémédecine nucléaire :
une charte pour encadrer
la pratique

P. 29

EN PRATIQUE

La durée des arrêts de travail
désormais plafonnée

P. 30

ÉLECTIONS

Appel à candidatures pour
une élection complémentaire
au Conseil national de l'Ordre
des médecins

P. 31

ÉLECTIONS

Résultat d'élection
complémentaire

NOUVEAU

**Droit d'exercice
complémentaire**

Les textes fixant le nouveau dispositif
du Droit d'exercice complémentaire
(DEC) ont été publiés au *Journal
officiel* début juillet.

« Un médecin en exercice inscrit au tableau
de l'Ordre des médecins peut solliciter un
droit d'exercice complémentaire en rapport
avec l'exercice de sa spécialité », indique
désormais le code de la santé publique.
Il pourra ainsi exercer une surspécialité
(en rapport avec sa spécialité initiale)
ou une activité médicale déterminée
parmi les suivantes : médecine thermique,
de montagne, aéronautique, hyperbare
et subaquatique, à visée esthétique.

Cette sollicitation est soumise à certaines
conditions : au moins 3 ans d'exercice de la
spécialité, formation et expérience suffisante
au regard des référentiels des CNP, pas de
DEC dans l'année qui précède... La demande
est à faire auprès de son Cdom, qui dispose
d'un an pour se prononcer.

Décryptage de cette nouvelle disposition,
qui a été portée par le Cnom, à venir dans
un prochain Bulletin.

+ d'infos Lire le décret



DR ÉLISABETH GORMAND,
présidente de la
section Formation
et compétences
médicales

Tout savoir sur le système IMI

Certains médecins interdits d'exercer en France continuent de pratiquer dans d'autres pays européens, et inversement. Le système IMI permet de lutter contre cette possibilité qui peut mettre en danger les patients. Le point sur cet outil européen.

Qu'est-ce que le système IMI ?

Le système d'information du marché intérieur (IMI) est un dispositif européen permettant la transmission d'informations entre les autorités publiques des différents États membres : les administrations, mais également les organismes de droit privé chargés d'une mission de service public, tel que l'Ordre des médecins. Il permet ainsi d'échanger sur les qualifications professionnelles des médecins, mais également de transmettre des alertes concernant les restrictions d'exercice d'un praticien au moment de la mise en œuvre. Il ne s'agit pas donc pas d'un fichier central qui recenserait les « casiers judiciaires » des médecins, et encore moins d'une base libre accessible à tous.

Pourquoi c'est important ?

Un médecin peut exercer librement dans plusieurs États membres, au titre de la circulation des personnes et de la reconnaissance des qualifications. Il est donc nécessaire d'échanger sur les restrictions ou les interdictions d'exercice prononcées par d'autres pays. Cela permet d'exercer un contrôle et de sécuriser la pratique médicale. C'est pour cette raison que le Cnom a demandé dès 2013 la mise en place d'un système d'alerte dans la directive 2013/55/UE. Initialement, seul le ministère était notifié. Le Cnom a réclamé plusieurs fois d'être également destinataire des alertes, ce qui est le cas depuis janvier 2026.

Comment ça marche ?

Chaque pays européen émet une alerte dans un délai de trois jours, avec sa propre procédure. C'est lui qui décide des restrictions d'exercice qu'il y inscrit : disciplinaire, judiciaire, administrative... Lorsqu'une alerte est émise, elle est transmise à une personne habilitée au Cnom (une seule fois). Cette dernière effectue une recherche pour savoir si le médecin concerné est inscrit au tableau de l'Ordre ou l'a été. Si c'est le cas, l'autorité émettrice est contactée pour connaître le motif de l'alerte et le Cdom concerné est prévenu. Le circuit de transmission est sécurisé, car les données sont très sensibles. À noter : lorsque le Cnom reçoit une alerte, il n'est prévenu que de la restriction d'exercice en cours, il ne peut pas connaître les antécédents du professionnel. Le médecin ne figure donc dans le fichier que le temps de sa suspension ou restriction d'exercice. Par ailleurs, l'Ordre n'a pas de moyens d'enquête autre que la recherche d'inscription ni de possibilité de recouper avec d'autres fichiers.

441

**ALERTES
ENTRANTES
DEPUIS
JANVIER 2026**

À RETENIR

- Le système IMI n'est pas un fichier central européen consultable librement, mais un dispositif de transmission d'information, en l'occurrence d'alerte concernant les restrictions d'exercice.
- Chaque pays européen émettant les alertes dispose de sa propre procédure : il n'y a pas d'harmonisation.
- La transmission des informations du Cnom aux Cdom est sécurisée afin de prendre en compte la sensibilité des données.

« L'enjeu est de s'assurer que la financiarisation soit éthique »



**DR LUCIE
JOUSSE,**
vice-présidente
du Cnom

Un an après son lancement par le Cnom, la mission de financiarisation a achevé sa première phase de travaux. Son objectif : mieux comprendre les mécanismes de financiarisation pour identifier les leviers permettant de préserver l'indépendance des médecins, au bénéfice des patients. Le point avec le Dr Lucie Jousse, vice-présidente du Cnom responsable de la mission financiarisation.

Comment a travaillé la mission cette année ?

Le Cnom doit garantir à tous les médecins de choisir leur cadre juridique d'exercice dans le respect du Code de la santé publique pour assurer la meilleure prise en charge de leurs patients. Notre problématique a été de faire concilier le droit des sociétés avec les obligations déontologiques des médecins exerçant dans les sociétés financiarisées, et de pointer les articles de loi relatifs aux autorisations délivrées par les Agences régionales de santé (ARS). La mission s'est attaché les services d'avocats spécialisés en droit des sociétés et d'une avocate spécialisée corporate, fusion-acquisition afin d'identifier les cadres législatifs ou réglementaires en vigueur et d'en proposer des adaptations. Daniel Benamouzig, sociologue, directeur de recherche au CNRS et titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po, est aussi venu étoffer notre mission. Quatre réunions ont permis d'identifier les principales pistes de réflexion et d'élaborer des propositions. La deuxième phase de la mission est en cours. Nous présentons nos propositions aux différentes institutions : ARS, ministère de l'Économie et des Finances. Nous échangeons également avec les députés et sénateurs concernés par le sujet.

Quels premiers enseignements émergent de vos travaux ?

Le premier, c'est que notre vœu pieux de supprimer les financiers de nos sociétés est vain. Nous devons être réalistes. Après la biologie et la radiologie, la financiarisation s'intéresse à la médecine générale de premier recours. Les besoins d'investissements dans les matériaux lourds rendent difficile un modèle totalement dépourvu de financements extérieurs. L'enjeu n'est donc plus d'exclure les investisseurs, mais de s'assurer que cette financiarisation soit éthique. Le deuxième enseignement, c'est la nécessité de mieux armer les médecins pour négocier avec leurs investisseurs. Le Cnom mène un projet de formation à l'entrepreneuriat à la faculté, en lien avec la commission Jeunes médecins, et participe aux travaux menés par Bercy sur l'entrepreneuriat des professions réglementées.

En quoi la financiarisation impacte-t-elle l'exercice des médecins et le système de santé ?

Le rapport du Sénat et celui de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales ont soulevé des interrogations mais à ce jour, la Caisse nationale de l'Assurance maladie n'a fourni aucune donnée permettant de mesurer précisément les effets de la financiarisation sur les parcours de soins ou les dépenses de santé. Le risque est lié à la coexistence de deux intérêts opposés : d'un côté, les financiers tournés vers la rentabilité, de l'autre, les médecins guidés par l'intérêt du patient. Sans contrôle, la dérive est plus que probable. Le rôle du Cnom est de permettre aux médecins d'exercer leur art de façon indépendante, sans pression d'ordre financier.



Télémédecine nucléaire : une charte pour encadrer la pratique

Le Conseil national professionnel de médecine nucléaire et le Cnom s'engagent pour un meilleur encadrement de la pratique de la télémédecine nucléaire. La charte se construit autour de 9 points.

1. Acte médical

Ce point définit précisément ce que recouvre l'acte de télémédecine nucléaire, qu'il s'agisse de télédiagnostic ou de téléexpertise. Il rappelle qu'il s'agit d'un « acte médical à part entière » qui « doit donc répondre aux mêmes obligations de moyens, de sécurité et de qualité, encadré par les règles de déontologie médicale et de bonnes pratiques professionnelles » que tout autre acte médical.

2. Justification

Le texte rappelle dans quelles circonstances la télémédecine nucléaire peut être utilisée, mais aussi ce qu'elle ne doit pas être, à savoir « une pratique normale ou de routine pour un service de médecine nucléaire ou un établissement de santé détenteur de l'autorisation d'activité de soins ». « Elle ne peut pallier des problèmes démographiques territoriaux », soulignent encore les auteurs, entre autres mises en garde.

3. Principes généraux d'organisation

Cette partie détaille les principes régissant l'organisation de la télémédecine nucléaire : préférence pour les médecins nucléaires de proximité, validation de l'adhésion d'un établissement à une organisation de télémédecine nucléaire par les instances locales, information du patient, seuils d'activité...

4. Rôle des différents intervenants

La charte fait ici le point sur la place des différents intervenants, les obligations auxquels ils sont soumis et les responsabilités de chacun, dans le cas du télédiagnostic d'une part, et de la téléexpertise d'autre part.

5. Aspects techniques

« L'ensemble des conditions techniques indispensables à la bonne réalisation d'un acte de

télémédecine nucléaire doivent être respectées », indique le texte dans cette partie qui rappelle lesdites conditions techniques.

6. Contractualisation

Cette partie souligne que la mise en œuvre d'un projet territorial de télémédecine nucléaire nécessite une « contractualisation globale » qui « inclut les aspects techniques adaptés à la pratique médicale, juridiques en matière de responsabilités respectives et de qualité (technique et médicale) ». Elle précise les pièces nécessaires dans ce cadre.

7. Rémunération et frais de fonctionnement

« La valorisation de l'acte médical de télémédecine nucléaire doit reposer exclusivement sur la CCAM, toute forfaitisation étant proscrite tant vis-à-vis de la structure demandeuse que du médecin nucléaire », explique ce point

8. Traitement des données/ cybersécurité/mode dégradé

Le texte détaille ici les obligations en matière de traitement des données des patients et de cybersécurité. Il souligne également la nécessité de « mettre en place des solutions de secours en cas de dysfonctionnement technique » et les obligations qui en découlent.

9. Évolution de la charte

L'ultime partie de la charte précise que celle-ci « est amenée à être mise à jour et complétée en fonction de l'évolution de la réglementation et des pratiques médicales ».

La durée des arrêts de travail désormais plafonnée

Deux décrets et une loi sont venus durcir les règles concernant la prescription des arrêts de travail.

Les dépenses d'indemnités journalières liées aux arrêts de travail ont augmenté de 45 % depuis 2019 dans le secteur privé, atteignant près de 18 milliards d'euros en 2025. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 vise, entre autres, à limiter ces dépenses.

31 jours à la première prescription

Le 12 juin, deux décrets ont été publiés pour l'application de l'article 81 de cette loi. Le décret n° 2026-498 fixe des plafonds de durée pour les arrêts de travail ouvrant droit aux indemnités journalières. Ainsi, à partir du 1^{er} septembre, la durée maximale d'une prescription initiale est de 31 jours et celle de chaque prolongation est de 62 jours. Ces limites peuvent être dépassées lorsque l'état du patient le justifie, à condition que le prescripteur donne une justification médicale explicite.

À noter :

- ces plafonnements s'appliquent à chaque prescription, et non à la durée totale d'un arrêt de travail ;
- les renouvellements ne sont pas limités en nombre, mais doivent respecter les plafonds unitaires ;
- le plafond global d'indemnisation (360 jours sur 3 ans) reste le même ;

- ces plafonds ne s'appliquent pas à Mayotte.

Le décret n° 2026-499, quant à lui, fixe à trois mois la durée de renouvellement d'arrêt de travail à partir de laquelle le prescripteur peut solliciter l'avis du service de contrôle médical.

Des limites en cas de téléconsultation

L'article 49 de la loi dite « anti-fraude » du 25 juin 2026 limite la durée des arrêts prescrits par téléconsultation en modifiant le code de la santé publique. Ce dernier indique ainsi : « *Lors d'un acte de télémedecine, la prescription ou le premier renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Aucun renouvellement ultérieur de l'arrêt de travail ne peut être prescrit par un acte de télémedecine.* » Des dérogations ne sont possibles que « *lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant* » ou « *en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail* ». Enfin, un site ne peut fournir à titre principal des prescriptions d'arrêts de travail que si ces prescriptions ont « *fait, au préalable, l'objet d'une communication orale synchrone, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient* ».



APPEL À CANDIDATURES POUR UNE ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins va procéder à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du : **Docteur Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI, Conseillère nationale représentant la région Auvergne-Rhône-Alpes.**

Cette élection aura lieu :
LE JEUDI 8 OCTOBRE 2026

Cette élection est organisée par binômes femme-homme (article L. 4132-12 du code de la santé publique).

Éligibilité

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

- Inscrits au tableau d'un des conseils départementaux du ressort de la région concernée par l'élection (article R. 4125-3 du CSP), soit l'Auvergne-Rhône-Alpes. Les deux membres d'un binôme peuvent être inscrits au tableau de deux conseils départementaux différents.
- Âgés de moins de 71 ans à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du CSP).
- De nationalité française ou ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen.
- À jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-1 du CSP) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du CSS :

- 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 CSP, 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 national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost – 75855 PARIS Cedex 17) ou déposée, dans ce même délai, au siège du Conseil national contre récépissé.

La clôture du dépôt des candidatures est ainsi fixée **au mardi 8 septembre 2026 à 16 h** (article R. 4125-6 du CSP).

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

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 national dans les délais requis. Les textes réglementaires ne mentionnent que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil.

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

Elle peut être faite :

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

Attention, la déclaration de candidature individuelle doit nécessairement être complétée par la déclaration de candidature individuelle de l'autre candidat du binôme.

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

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. 4125-9 du CSP.

ÉLECTIONS

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

Profession de foi

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

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

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

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

Elle sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le Conseil national fera parvenir aux électeurs.

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

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

La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost – 75855 PARIS Cedex 17), au plus tard le **mardi 8 septembre 2026 à 16 heures**.

Retrait de candidature

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

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

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

Électeurs

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Pendant les deux mois qui précèdent le scrutin, la liste des électeurs peut être consultée au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost – 75855 PARIS Cedex 17). Dans les huit jours qui suivent la mise en consultation de la liste, les électeurs peuvent présenter des réclamations contre les inscriptions ou omissions (article R. 4125-4 du CSP).

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

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

Vote

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost – 75855 PARIS Cedex 17). Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, le **jeudi 8 octobre 2026 à 18 h**. Tout bulletin parvenu après 18 h ne sera pas pris en compte lors du dépouillement (article R. 4125-11 du CSP).

Dépouillement

En application de l'article R. 4125-17 du CSP, le dépouillement aura lieu sans désespérer, aussitôt après la clôture du scrutin, en séance publique, le **jeudi 8 octobre 2026 à 18 h 10** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost – 75855 PARIS Cedex 17).

Le binôme de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera proclamé élu pour représenter la région Auvergne-Rhône-Alpes, mais ne sera retenue que la femme du binôme.

Conformément à l'article L. 4132-12 du CSP, les membres des conseils de l'Ordre sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour et chaque binôme est composé de candidats de sexe différent.

Par conséquent, lorsqu'un membre d'un conseil vient à cesser ses fonctions pour quelque cause que ce soit, bien qu'il n'y ait qu'un seul siège à pourvoir, la candidature pour le poste ne peut être présentée qu'en binôme.

Ainsi, ne sera élu dans ce binôme que le candidat du même sexe que le membre ayant cessé ses fonctions.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du Docteur GLAVIANO-CECCALDI, c'est-à-dire en juin 2028.

Délai de recours

Les élections peuvent être déferées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif (article R. 4125-7 du CSP) :

- par les médecins, à compter du jour de l'élection ;
- par le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection.

Résultat d'élection complémentaire

Résultat de l'élection complémentaire du 25 juin 2026

de la Chambre disciplinaire de 1^{re} instance - La Réunion-Mayotte :

Nicolo PANEPINTO – Suppléant sortant en 2031

WEBZINE

Zoom sur la santé des femmes



Certaines maladies touchent exclusivement les femmes (cancers du sein, de l'utérus, pathologies liées à la grossesse...) quand d'autres sont sous-diagnostiquées malgré une forte incidence ou bien sont mal connues. Autant de facteurs qui font des femmes des patientes particulières. D'autant qu'elles sont aussi les premières victimes de violences intrafamiliales et que les médecins sont en première ligne pour repérer ce type de violences. L'Ordre des médecins a donc choisi de consacrer son dernier webzine à la santé des femmes et à leur prise en charge. Vous y retrouverez des chiffres, dates et mots clés pour mieux appréhender le contexte, un entretien croisé sur la question des violences faites aux femmes ainsi que des interviews de chercheuses sur l'endométriose, la ménopause, le cancer et les biais qui influencent notamment la prise en charge des femmes. Sans oublier les reportages sur les mammobiles, ces véhicules de prévention contre le cancer du sein, et sur l'Hôpital Mère-Enfant de l'est parisien.

→ [Consulter le webzine](#)

PODCAST

Écoutez « L'écho des gynécos »

Moins de trois femmes sur dix se sentent tout à fait informées sur la prévention, le dépistage et la fréquence de suivi, selon une étude de 2024. Ce chiffre a poussé le Fonds pour la santé des femmes (FSF) et le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) à « s'adresser encore plus directement aux femmes ». Ils ont donc relancé cette année leur podcast : *L'Écho des gynécos*. D'une durée d'une vingtaine de minutes, les premiers épisodes de cette deuxième saison sont consacrés à la ménopause, « période physiologique qui peut être très invalidante et stigmatisante pour les femmes ». Les épisodes 1 et 2 donnent la parole aux professeurs Patrice Lopes et Florence Trémollières.

→ [Écouter le podcast](#)

VIDÉOS

Améliorer le lien entre patient et médecin

À travers une série de trois vidéos au format court, l'Ordre interroge la relation entre les patients et leur médecin, par la voix du Dr Lucie Jousse, vice-présidente du Cnom. Dans la première, elle explique pourquoi le Cnom a lancé une mission sur le sujet. Dans la deuxième, elle revient avec le Pr Serge Uzan, doyen honoraire et conseiller santé de la présidence de Sorbonne Université, sur la formation initiale. Enfin, la dernière vidéo est consacrée à la préparation des étudiants, avec le Dr Marie-Bérénice Roux, vice-présidente de l'Isni, le syndicat des internes.

→ [Visionner les vidéos](#)

