



conseil-national.medecin.fr

Médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

N° 106 – septembre-octobre 2026



P.18 L'évolution du code de déontologie



P.15 LES RUBIES TRANSFORMENT L'ESSAI CONTRE LE CANCER

 **MON** Exercice

- Tout savoir sur les docteurs juniors
- Démarches abusifs et fraude à la formation
- Médecins diplômés au Royaume-Uni

P.28

04 FOCUS

- Le droit d'exercice complémentaire

À LA UNE

- Vaccins dans les cabinets, encadrement de la financiarisation, santé et environnement, lutte contre la désinformation...



18 Temps fort

- Déontologie : un nouveau code pour votre pratique

13 En action

- En Ariège, un projet de téléconsultation assistée
- Reportage : à Toulouse, les RUBieS transforment l'essai contre le cancer

25 Point de vue

- La santé des futurs médecins, un enjeu dès la formation



28 MON Exercice

- Tout savoir sur les docteurs juniors
- Une loi pour faciliter l'exercice des médecins diplômés au Royaume-Uni



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.

33 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 la nouvelle génération, nous refusons la coercition et l'appauvrissement de notre métier

Jamais nous n'avons autant attendu la nouvelle génération de médecins.

Jamais, dans le même temps, notre métier n'a été autant attaqué.

Ce paradoxe n'est plus tenable.

Nous, médecins, voyons d'année en année le référentiel de notre métier être réduit, fragmenté, affaibli. Un acte ici, une technique là : morceau par morceau, le métier de médecin est dépecé. Nous ne le tolérons plus.

Nous ne contestons pas aux autres professions médicales et paramédicales la possibilité d'évoluer. Nous l'avons déjà dit : oui à l'autonomie, voire à l'élargissement des compétences lorsque celui-ci est pertinent et sécurisé. Chacun doit pouvoir prendre pleinement sa place dans le système de santé et auprès des patients, dans le respect de ses compétences et de ses responsabilités.

Ce que nous n'acceptons pas, c'est que cette évolution se fasse au détriment de notre profession. À force de retrancher, c'est sa cohérence que l'on fragilise, son attractivité que l'on compromet. Et au bout du compte, c'est la qualité, la sécurité et la continuité des soins apportés aux patients que l'on met en jeu.



Est-ce vraiment le message que nous souhaitons adresser aux 61 230 médecins que les pouvoirs publics se sont fixé pour objectif de former entre 2026 et 2030 ?

La démographie médicale repart enfin à la hausse. La bouffée d'oxygène que nous attendons tous se profile enfin ! Mais former plus de médecins n'a pas de sens si, dans le même temps, le métier qu'ils ont choisi est progressivement vidé de sa substance.

Pour tous les médecins, nous agissons pour garantir leur place incontournable et essentielle dans la société. Pour cette nouvelle génération, nous refusons la coercition et l'appauvrissement de notre métier.

Nous défendons exactement l'inverse : l'élargissement des possibilités offertes aux médecins. Faciliter l'accès aux spécialités, reconnaître les compétences acquises au cours d'une carrière, diversifier l'exercice dans le champ de sa qualification sont des leviers d'attractivité. En obtenant cette année l'évolution du code de déontologie médicale et la création du droit d'exercice complémentaire, l'Ordre a transformé cette ambition en avancée concrète pour les médecins.

Le médecin doit rester au centre du village. Nous y veillerons.

Un nouveau droit, DES COMPÉTENCES MIEUX RECONNUES

Porté par le Conseil national de l'Ordre des médecins, le droit d'exercice complémentaire (DEC) vise à mieux reconnaître les compétences médicales acquises au cours de la carrière, à répondre à l'évolution de l'offre de soins dans les territoires, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Ce dispositif sera opérationnel courant 2027.

En 2017, les maquettes des diplômes d'études spécialisées (DES) ont été revues, avec l'intégration d'options dans la qualification ou spécialité. En parallèle, des formations spécialisées transversales (FST) ont été mises en place, qui permettent l'acquisition de compétences complémentaires pouvant être communes à plusieurs spécialités. Tous les médecins n'ont pas acquis au cours de leurs études médicales une FST ou une option. Mais ils peuvent néanmoins exercer une compétence spécifique sans reconnaissance ou vouloir évoluer dans leur exercice et suivre des formations et des stages. Il fallait, dans les deux cas, leur donner les moyens d'y parvenir. Aujourd'hui, les commissions de qualification permettent de valider les compétences acquises lors d'une formation correspondant à une option dans la maquette de spécialité.

Une attente de la profession

Mais il n'existait pas de texte réglementaire permettant à un médecin de valider une compétence équivalente d'une FST, sauf s'il retournait à l'université par la voie du deuxième DES ou FST. Le droit d'exercice complémentaire (DEC) répond à cette attente de la profession. Le décret de juillet 2026 est ainsi venu donner la possibilité à tous les médecins d'acquiescer ce droit d'exercice complémentaire. 28 FST et 5 activités médicales (dont les actes médicaux à visée esthétique) pourront dès lors être validées en droit d'exercice complémentaire par des commissions dédiées, sur justification de formations et la validation des acquis de l'expérience. Ce dispositif permet ainsi de mieux prendre en compte la réalité des parcours professionnels,

tout en maintenant la qualification de spécialiste comme socle de l'exercice médical.

Compétences et besoins territoriaux

Pour obtenir un DEC, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience lui assurant les compétences requises

Le point de vue de l'Ordre



DR ÉLISABETH GORMAND
présidente
de la section Formation
et compétences
médicales du Cnom

« La reconnaissance d'une réalité de terrain »

« Le droit d'exercice complémentaire, c'est avant tout la reconnaissance d'une réalité de terrain : les compétences d'un médecin se construisent tout au long de sa carrière et pas uniquement au moment de son internat. Le DEC est donc un outil d'évolution professionnelle. Il était important que notre réglementation puisse mieux accompagner ces parcours. Le DEC répond également à un enjeu collectif : celui de l'accès aux soins et de l'adaptation de l'offre aux besoins des territoires. Des compétences existent déjà chez les médecins ; il faut pouvoir les identifier, les évaluer et les mobiliser là où elles sont utiles. Mais cette souplesse ne doit jamais se faire au détriment de la qualité et de la sécurité des soins. C'est pourquoi le dispositif repose sur une évaluation des compétences, à partir de la formation et de l'expérience du médecin. Le rôle de l'Ordre est précisément de garantir ce cadre et de s'assurer que la compétence revendiquée correspond à une compétence réellement maîtrisée. »



pour exercer l'activité concernée. L'examen de la demande tient notamment compte des formations suivies, des diplômes obtenus, de la durée et de la nature de l'expérience professionnelle du médecin. Les compétences sont appréciées au regard d'un référentiel d'évaluation propre au DEC sollicité. Ce référentiel est élaboré par le ou les conseils nationaux professionnels compétents, à partir notamment des maquettes de formation universitaire, puis publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins. La délivrance du DEC tient également compte des besoins de soins de la population, sans déroger à l'exigence de maîtrise des compétences requises. La délivrance du droit d'exercice complémentaire relève de la compétence de l'Ordre des médecins.

Le médecin adresse sa demande au conseil départemental auprès duquel il est inscrit. Celui-ci statue après avis conforme de la commission nationale correspondant à la spécialité dans laquelle le médecin est qualifié. L'Ordre est ainsi chargé de vérifier que les compétences revendiquées ont été acquises et qu'elles sont effectivement maîtrisées. Ce cadre national garantit une évaluation homogène et sécurisée des demandes.

Un nouveau champ d'exercice, sans changer de qualification

Prenons l'exemple d'un spécialiste en urologie qui, sans avoir suivi la FST de cancérologie au cours de son internat, a développé une formation

Ce qu'il faut retenir

Si vous obtenez un DEC, vous vous engagez à...



Conserver l'exercice de votre spécialité, avec une activité complémentaire ;



Déclarer votre activité auprès de l'Ordre ;



Maintenir les compétences de votre spécialité dans votre certification périodique.

Ce que le Cnom a obtenu

Un cadre juridique qui permet :



De favoriser l'évolution professionnelle du médecin ;



De valider les compétences médicales.

= une offre de soins optimisée



3 ans

D'EXERCICE MINIMUM
DANS VOTRE SPÉCIALITÉ
AVANT DE POUVOIR DEMANDER UN DEC.

0

DEMANDE
SI VOUS AVEZ CANDIDATÉ,
AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES,
À LA FST CORRESPONDANTE.



1 DEC/AN

UN MÉDECIN NE PEUT DEMANDER
QU'UN SEUL DROIT D'EXERCICE
COMPLÉMENTAIRE PAR ANNÉE CIVILE.



1 an

MAXIMUM
POUR QUE LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE STATUE
SUR UN DOSSIER COMPLET.
À DÉFAUT DE DÉCISION DANS CE DÉLAI :
REJET IMPLICITE.



30 jours

POUR CONTESTER LA DÉCISION DEVANT
LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES MÉDECINS.

et une expérience significatives dans la prise en charge des cancers relevant de sa spécialité. Ce médecin pourra solliciter un DEC correspondant à la FST de cancérologie, en rapport avec l'exercice de sa spécialité, l'urologie. Sa formation et son expérience seront appréciées au regard du référentiel d'évaluation applicable.

S'il obtient ce droit, il demeure qualifié spécialiste en urologie. Le DEC ne lui confère pas une nouvelle qualification de spécialiste en cancérologie.

Il lui reconnaît un droit d'exercice complémentaire dans le champ de sa spécialité d'origine.

Le dispositif ne se substitue pas aux voies d'accès au 3^e cycle. Un médecin ne peut solliciter un DEC s'il a postulé, au cours des trois années précédant sa demande, pour suivre l'option ou la FST correspondant au droit demandé.

Une avancée importante

La création du DEC constitue l'aboutissement d'un travail mené par le Conseil national

de l'Ordre des médecins, en concertation avec les pouvoirs publics et les acteurs concernés. Elle apporte une réponse concrète aux médecins qui ont développé, au cours de leur carrière, des compétences complémentaires ne pouvant jusqu'alors être reconnues dans un cadre adapté.

Pour la profession, le DEC ouvre une voie nationale de reconnaissance des compétences fondée sur la formation et l'expérience. Pour les patients, il garantit que les compétences revendiquées font l'objet d'une évaluation rigoureuse. Pour les territoires, il contribue à mieux identifier et mobiliser les compétences médicales disponibles en fonction des besoins de soins.

Le droit d'exercice complémentaire représente ainsi une avancée importante pour la profession. Il accompagne l'évolution de l'exercice médical, tout en préservant les exigences de compétence, de qualité et de sécurité des soins.

Parcours D'UNE DEMANDE DE DEC

1. CONSTITUTION DU DOSSIER

Composition fixée par le Cnom : pièces attestant de votre expérience (domaine, durée), attestations de formation, copies des diplômes. Traduction agréée ou certifiée pour les pièces en langue étrangère.



2. DÉPÔT AU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE

Après du Cdom dont vous relevez. Les médecins résidant à l'étranger (liste spéciale) s'adressent au Cdom de la Ville de Paris.

3. EXAMEN PAR LA COMMISSION NATIONALE DE PREMIÈRE INSTANCE

Composition adaptée à la surspécialité ou à l'activité demandée. Avis motivé au regard du référentiel d'évaluation; possibilité d'être entendu. En cas d'avis défavorable : recommandations sur les compétences restant à acquérir.



5. RECOURS ÉVENTUEL DEVANT LE CNOM

Recours préalable obligatoire avant tout recours contentieux, examiné après avis de la commission nationale d'appel. 30 jours pour contester.

À NOTER :

Ces démarches ne seront à réaliser que courant 2027, le dispositif n'étant pas encore opérationnel.

4. DÉCISION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Après avis conforme de la commission. Le silence gardé à l'expiration du délai vaut rejet implicite. Délai maximum : 1 an.



6. APRÈS OBTENTION : DÉCLARATION À L'ORDRE

Déclarez le début d'exercice de l'activité, ainsi que toute cessation temporaire ou définitive, auprès de votre Cdom. Dans les 30 jours.

Vaccination : les médecins retrouvent pleinement leur place d'acteurs de santé publique

Depuis début octobre, les médecins peuvent s'approvisionner et détenir dans leur cabinet des vaccins contre la grippe saisonnière et contre la Covid-19 afin de les administrer à leurs patients. Une mesure que le Cnom avait porté dans le cadre des discussions relatives au PLFSS 2026, car elle contribue à simplifier le parcours vaccinal en évitant toute rupture entre la prescription et l'administration.

Une mesure nécessaire

En effet, elle apporte une réponse concrète à l'enjeu de la traçabilité du statut vaccinal des Français, dont la Cour des comptes a récemment souligné les limites. Rappelons que le médecin est le seul professionnel de santé disposant d'une vision globale du parcours de soins de ses patients et des informations nécessaires à leur suivi vaccinal, notamment grâce au dossier médical partagé



(DMP). Le Cnom estime que cette mesure redonne ainsi toute sa place, légitime, au médecin dans la stratégie nationale de prévention, tout en consacrant son expertise médicale.

Un élargissement souhaité

Si pour le moment, et à titre expérimental, la mesure ne concerne que les vaccins contre la grippe et contre la Covid-19, le Cnom espère une extension rapide du dispositif. Avec comme priorité les vaccins contre les HPV et les méningocoques, recommandés à l'adolescence et dont les couvertures restent très en-deçà des objectifs. Le fait d'avoir des vaccins immédiatement disponibles en cabinet permettrait d'améliorer cette couverture vaccinale.

+ d'infos

[Lire le communiqué](#)

[Consulter la FAQ du ministère de la Santé](#)

Financiarisation de la santé : LE CNOM TOUJOURS MOBILISÉ

Le Cnom salue la présentation par le gouvernement d'un plan d'action visant à préserver l'indépendance des professionnels de santé et à maîtriser les effets de la financiarisation. Il s'agit d'une étape importante dans la prise en compte d'un phénomène qui constitue désormais une réalité durable de notre système de santé, et qui fait peser un risque croissant sur l'indépendance des professionnels et sur la qualité de la prise en charge des patients.

Une mission dédiée

Le Cnom a créé en septembre 2025, une mission dédiée à cette question afin de travailler à la définition d'un cadre de régulation adapté. Ses travaux ont permis de formuler plusieurs propositions concrètes répondant à cet objectif. En parallèle, le Cnom a obtenu la modification de l'article 91 du code de déontologie, qui renforce l'obligation de communication de la documentation juridique des sociétés d'exercice et des médecins associés. Celle-ci doit désormais « prendre en considération les clauses essentielles de contrats

ou de statuts types établis, le cas échéant, par le Conseil national de l'Ordre ».

S'inscrire dans le plan et poursuivre sa mission

Le Cnom se félicite que les orientations annoncées par le gouvernement rejoignent les propositions issues de ses travaux, tout particulièrement en ce qui concerne le renforcement des missions de contrôle des ordres, l'élaboration d'une doctrine relative aux sociétés d'exercice, l'amélioration de la transparence des structures de santé et l'accompagnement entrepreneurial des professionnels de santé.

Il contribuera à la mise en œuvre du plan gouvernemental afin de garantir un cadre de régulation adapté aux spécificités de l'exercice médical, sans baisser sa vigilance quant aux effets de la financiarisation sur l'indépendance médicale et la qualité des soins.

+ d'infos

[Lire le communiqué](#)

Santé et environnement : LA QUESTION DE L'EAU



La dernière rencontre du think tank de l'Ordre consacré aux liens entre santé et environnement avait pour thème la qualité de l'eau et ses conséquences sur la santé. En effet, les médecins sont de plus en plus confrontés aux inquiétudes de leurs patients sur ce sujet, nourries par des études et des révélations sur la présence de PFAS, de pesticides, de perturbateurs endocriniens... Pour s'interroger sur ce sujet, le Cnom avait invité les P^s Yves Lévi et Philippe

Hartemann, Mathieu Schuler de l'Anses et le sénateur Henri Gillé. Ces experts se sont accordés à dire que, hors situations particulières et notamment dans les territoires ultramarins, l'eau du robinet demeure aujourd'hui une eau de grande qualité et la meilleure option pour la grande majorité de la population. Car la présence d'un danger ne signifie pas nécessairement l'existence d'un risque avéré, ont-ils rappelé. Celui-ci dépend notamment du niveau et de la durée d'exposition, mais aussi de notre exposome, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs auxquels nous sommes exposés au quotidien. Les participants ont également mis en garde sur le développement d'un marché de dispositifs censés « améliorer » la qualité de l'eau à domicile : adoucisseurs, osmoseurs, carafes et gourdes filtrantes... Ces produits sont généralement onéreux, et parfois dangereux ! Au-delà de la question de la qualité, le think tank a permis de mettre en lumière un défi majeur pour les années à venir : la disponibilité de la ressource en eau.



Nouvelle campagne de sensibilisation aux maladies neurodégénératives

« Regardons les maladies neurodégénératives en face. » C'est le message de la nouvelle

campagne du ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Lancée le 21 septembre, à l'occasion de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, elle vise à mieux faire connaître ces pathologies et à faire évoluer les perceptions.

Aujourd'hui, plus de 1,6 million de personnes sont concernées en France. Pourtant, les maladies neurodégénératives restent méconnues et les idées reçues ont bien souvent un impact négatif sur le quotidien des malades et de leurs aidants.

Un kit de communication

La campagne souhaite mettre l'accent sur la prévention, le diagnostic précoce et les solutions d'accompagnement. Elle met à disposition un kit

de communication : affiches, flyers, contenu pour les sites et les réseaux sociaux... Une rubrique dédiée a également été créée sur le site du ministère de la Santé : « Vivre avec une maladie neurodégénérative ». Elle fournit des informations sur les principales pathologies, sur les actions de l'État ainsi que sur les aides destinées aux personnes concernées et leurs proches.

[+ d'infos](#)

[Le kit de communication](#)



Une nouvelle conseillère nationale

Dr Hélène Rimeize-Chainet a été élue le 8 octobre conseillère nationale, à l'occasion de l'élection complémentaire au Cnom pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Son mandat se terminera le 16 juin 2028.

Des médecins du monde entier réclament des solutions urgentes face aux fausses informations néfastes en matière de santé



DR PHILIPPE CATHALA,
délégué général
aux affaires européennes
et internationales

Le 10 octobre, la 77^e assemblée générale de l'AMM a adopté, à Rotterdam (Pays-Bas), la première résolution mondiale consacrée à la lutte contre les fausses informations en santé, à l'initiative du Cnom et de l'Association médicale canadienne (AMC). Le texte formule des recommandations à l'intention des gouvernements, des entreprises du secteur des technologies et des professionnels de la santé afin de renforcer, au niveau mondial, la diffusion d'informations fiables, et de protéger la santé publique contre les effets néfastes des allégations de santé inexactes ou trompeuses. Elle invite les autorités de santé nationales et les gouvernements à élaborer des stratégies visant à réduire la propagation de fausses informations sur la santé et les risques qui y sont associés, à impliquer les plateformes de médias sociaux dans le développement de mesures de responsabilisation et de transparence plus strictes ainsi que dans la suppression des contenus nocifs, et à envisager des mesures disciplinaires appropriées contre les contrevenants ne se conformant pas aux règles.

Elle offre également des conseils à la communauté médicale sur la gestion de fausses informations face aux patients.

Un réel danger

« Les fausses informations sur la santé nous affectent tous, et ont parfois de terribles conséquences, a déclaré le Dr Alik Lafontaine, délégué de l'AMC. Lorsque des allégations inexactes se propagent, certaines personnes sont susceptibles de rejeter des traitements dont l'efficacité est démontrée, de reporter des soins nécessaires, d'interrompre des traitements fondés sur des données probantes, ou d'adopter des pratiques préjudiciables à leur santé. Les fausses informations peuvent également fragiliser la relation de confiance entre le médecin et son patient. » Le Dr Cathala a déclaré : « Cette résolution appelle l'ensemble des acteurs participant à la production, à la publication et à la diffusion d'informations de santé à faire preuve d'un sens accru des responsabilités et à veiller à ce que les informations communiquées au public reposent toujours sur des données scientifiques probantes. »

+ d'infos [Lire le communiqué](#)

[Consulter la prise de position de l'AMM](#)



Pratiques non conventionnelles en santé : un outil pour repérer les dérives

Le ministère de la Santé a diffusé, fin septembre, un outil pour repérer et prévenir les dérives dans le domaine des pratiques non conventionnelles en santé : un dérivomètre. Conçu avec le concours des différents ordres professionnels médicaux, dont l'Ordre des médecins, il s'adresse au grand public, mais constitue également un support pour les professionnels de santé, permettant de faciliter le dialogue avec les patients qui ont recours à ces pratiques ou envisagent d'y avoir recours. Le dérivomètre indique les signes qui doivent alerter, voire mener à un arrêt immédiat de la pratique, et les bons réflexes à adopter. Il donne également des repères simples pour identifier un professionnel de santé reconnu.

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

ZONES DE CONFLIT : le Cnom réaffirme son engagement pour la protection des soignants



ASSOCIATION
MÉDICALE
MONDIALE

À l'occasion de l'adoption par l'Association médicale mondiale (AMM) de la Déclaration de Rotterdam sur la protection de la neutralité médicale, le Cnom réaffirme son engagement en faveur de la protection des professionnels de santé, des patients et des structures de soins dans les conflits armés et autres situations de violence.

Membre de l'Association médicale mondiale, qui rassemble 118 associations médicales nationales, le Cnom contribue à l'élaboration des positions et des textes de référence de l'organisation. Son engagement se traduit également dans sa gouvernance : le Dr Philippe Cathala, délégué général aux affaires internationales et européennes du Cnom, préside actuellement son Comité des finances et de la stratégie. Lors de son assemblée générale, réunie à Rotterdam les 9 et 10 octobre, l'AMM a adopté une nouvelle déclaration consacrée à la protection de la neutralité médicale. Fruit de plusieurs mois de discussions, auxquelles le Cnom a activement participé, ce texte réaffirme les principes fondamentaux qui doivent guider et protéger l'exercice de la médecine, y compris dans les situations de conflit.

Des principes inchangés en temps de guerre

La Déclaration de Rotterdam rappelle que les principes de l'éthique médicale demeurent inchangés en temps de conflit armé. Les médecins et les autres professionnels de santé doivent pouvoir exercer leur mission en toute indépendance et avec impartialité, sans discrimination ni ingérence, et prodiguer

des soins à toute personne qui en a besoin, indépendamment de son rôle dans le conflit. La neutralité médicale implique également, pour les États, les autorités de fait et les parties aux conflits, l'obligation de respecter et de protéger les professionnels, les établissements et les services de santé, conformément au droit international humanitaire. La déclaration souligne que les atteintes à la neutralité médicale ne se limitent pas aux attaques physiques contre les établissements de santé. Elles peuvent également prendre la forme de cyberattaques, d'utilisations malveillantes de l'intelligence artificielle, d'arrestations arbitraires, de détentions, de tortures ou de mauvais traitements infligés aux professionnels de santé.

Elle réaffirme, par ailleurs, le droit des médecins et, lorsque cela est requis sur le plan éthique ou juridique, leur responsabilité de documenter et de signaler les violations présumées du droit international humanitaire.

Au-delà de ces principes, l'AMM appelle les parties aux conflits à garantir un accès sûr et sans entrave aux soins et à libérer immédiatement et sans condition les professionnels de santé détenus uniquement pour avoir dispensé des soins.

Elle demande également que les violations de la neutralité médicale fassent l'objet d'enquêtes indépendantes et appelle les Nations unies à la désignation d'un rapporteur spécial chargé de la protection de la santé dans les conflits armés et autres situations de violence.

La déclaration insiste enfin sur le rôle des associations médicales nationales, appelées à dénoncer les violations de la neutralité médicale, y compris lorsqu'elles sont commises par leur propre État, et à soutenir les professionnels de santé victimes de représailles pour avoir exercé leur mission avec impartialité.

Une mobilisation constante pour la protection des soins à Gaza

Depuis le début du conflit à Gaza, l'AMM a adopté plusieurs résolutions et prises de position (*lire encadré*) rappelant l'obligation, pour toutes les parties au conflit, de respecter le droit international humanitaire, de protéger les professionnels et les infrastructures de santé et de garantir aux

populations un accès sûr et continu aux soins. En juillet 2026, l'AMM s'est notamment adressée au Premier ministre israélien, Benjamin Netanyahu, au sujet de la situation des professionnels de santé palestiniens détenus. Elle a demandé qu'ils bénéficient des garanties d'une procédure régulière et d'un procès équitable ou, à défaut, qu'ils soient libérés. Elle a également appelé au respect de conditions de détention conformes à la dignité humaine et à un accès effectif aux soins. L'AMM a exprimé une préoccupation particulière concernant la situation du Dr Hussam Abu Safiya, directeur de l'hôpital Kamal Adwan, détenu depuis décembre 2024. L'Association médicale israélienne, également membre de l'AMM, indique avoir entrepris plusieurs démarches auprès des autorités israéliennes concernant la situation humanitaire et celle des professionnels de santé détenus. S'agissant du Dr Abu Safiya, elle a notamment demandé qu'un médecin indépendant soit autorisé à procéder à son examen médical.

+ d'infos [Lire la Déclaration de Rotterdam](#)

L'engagement du CNOM

Dans le contexte des conflits internationaux, le Cnom a toujours privilégié une démarche collective, en inscrivant son action dans le cadre des travaux de l'Association médicale mondiale (AMM). Il contribue ainsi à l'élaboration de positions communes fondées sur le respect du droit international humanitaire, de l'éthique et de la déontologie médicales.

L'adoption de la Déclaration de Rotterdam, à l'élaboration de laquelle le Cnom a activement contribué, constitue une nouvelle étape dans cet engagement. Elle vient renforcer le cadre éthique international visant à préserver l'indépendance des professionnels de santé et à garantir l'exercice de leur mission de soins en toute impartialité.

Aux côtés des autres associations médicales nationales, le Cnom poursuivra son engagement en faveur du respect de la neutralité médicale et de la protection des professionnels de santé et des patients, partout où ces principes fondamentaux sont menacés.

HISTORIQUE DES DÉCLARATIONS

ET RÉOLUTIONS DE L'AMM

10 oct. 2026 L'AMM réclame que les responsables des attaques contre les établissements de santé répondent de leurs actes.

13 juil. 2026 L'AMM adresse un nouvel appel urgent aux autorités israéliennes au sujet des médecins de Gaza placés en détention et exprime sa « *profonde inquiétude* » pour la vie du Dr Abu Safiya.

15 janv. 2026 L'AMM appelle à l'acheminement rapide et sans entrave de l'aide d'urgence à Gaza.

7 nov. 2025 L'AMM exhorte Israël à garantir un procès équitable au médecin détenu à Gaza.

13 oct. 2025 L'AMM exhorte le gouvernement israélien à respecter le droit humanitaire et à protéger les soins de santé à Gaza.

27 août 2025 L'AMM condamne l'attaque contre l'hôpital Nasser à Gaza.

25 juil. 2025 L'AMM exprime sa profonde préoccupation face à la crise humanitaire à Gaza.

9 juil. 2025 Communiqué de l'AMM sur les décès de médecins et d'autres personnels de santé à Gaza.

19 mai 2025 L'AMM demande au gouvernement israélien de veiller à ce que l'aide humanitaire parvienne à Gaza.

23 janv. 2025 L'AMM salue le cessez-le-feu entre Israël et Gaza et appelle à la protection des professionnels de santé.

20 oct. 2024 Résolution de l'AMM sur la protection des soins de santé en Israël et à Gaza.

16 fév. 2024 L'AMM s'oppose aux violations du droit humanitaire et appelle à agir de toute urgence à Gaza.

13 oct. 2023 L'AMM condamne avec force l'attaque du Hamas contre Israël et demande instamment la libération immédiate des otages.

DANS LES CONSEILS DE L'ORDRE



D^R CATHERINE
GUINTOLI,
élue du Cdom de l'Ariège

EN ARIÈGE, INTERPROFESSIONNALITÉ ET TERRITOIRES AU CŒUR D'UN PROJET DE TÉLÉCONSULTATION ASSISTÉE

La commune de Pamiers accueille cet automne un local de téléconsultation assistée. Une solution déployée pour répondre aux difficultés d'accès aux soins dans cette ville, la plus peuplée d'Ariège, où 1 821 patients n'ont pas de médecin traitant. « Au vu de la démographie médicale qui n'augmente pas encore, nous avons décidé avec la CPTS Ariège-Pyrénées de mettre en place cette plateforme de téléconsultation assistée avec une dizaine d'infirmiers libéraux du territoire », explique le D^r Catherine Guintoli, élue du Cdom de l'Ariège et cofondatrice de la CPTS. Ces professionnels accompagnent les patients lors de la consultation. Parmi les cibles prioritaires de la structure : les habitants qui n'ont pas de médecin traitant, donc, et notamment ceux qui ont plus de 70 ans, qui sont en ALD ou qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire (C2S).

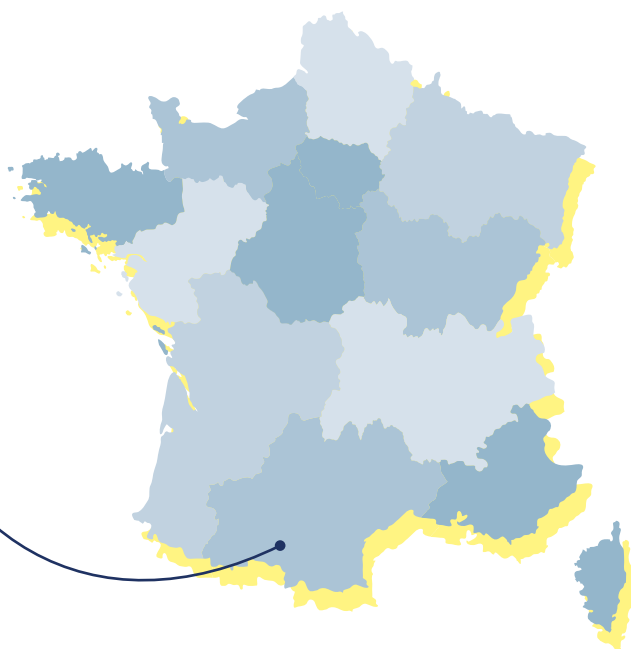
Solidarité territoriale

La CPTS Ariège-Pyrénées s'est rapprochée des infirmiers du territoire pour les informer du projet et leur proposer de participer. C'est elle également qui s'occupe de la gestion des plannings, de la prise de rendez-vous et de l'information des habitants. Ce dernier point passe « par des flyers, des affiches, les réseaux sociaux ou bien par les canaux de communication de la commune, qui est très

aidante », indique Léna Delétang, directrice de la CPTS. « L'information est aussi relayée par le conseil départemental de l'Ordre, qui soutient le projet », explique le D^r Guintoli. L'aspect logistique, lui, est pris en charge par Omedys, l'entreprise choisie par la CPTS pour déployer le projet. « Elle met à disposition le logiciel, dont elle assure le support, mais également le matériel utilisé par les infirmiers, qui sont formés en amont de l'ouverture du centre », précise Léna Delétang. C'est également la société qui a fait appel aux médecins, basés à Toulouse dans un centre dédié ouvert par Omedys. « Cela nous permet d'avoir un logiciel unique plutôt que plusieurs, ce qui facilite les choses », souligne la directrice. Autre avantage : ce sont des médecins de la région, un critère essentiel. « C'était très important pour nous que ceux qui consultent soient d'un territoire voisin : ils connaissent bien l'environnement dans lequel vivent les patients », indique le D^r Guintoli. C'est aussi une forme de solidarité territoriale qui lui tient particulièrement à cœur.

Une première étape pour une solution transitoire

L'installation à Pamiers pourrait préfigurer une mise en place à Foix, où le nombre de patients sans médecin traitant a fortement augmenté à la suite de nombreux départs à la retraite. Mais avant cela, il faudra s'assurer que le projet fonctionne à travers quelques questions énoncées par Léna Delétang : « Est-ce qu'on arrive à avoir suffisamment d'infirmiers pour assurer 4 demi-journées par semaine ? Est-ce que la majorité des créneaux proposés sont pris par les patients ? Est-ce que les soins réalisés nécessitaient vraiment une consultation ? Est-ce que les médecins sur le territoire sont moins sollicités par des personnes hors patientèles ? » Même si le projet prend de l'ampleur car il est une vraie solution d'accès aux soins, il doit rester temporaire. « C'est le temps que la démographie médicale permette au territoire de se doter de médecins, mais nous en avons pour 3 à 4 ans au minimum, en étant optimistes, avant de ne plus avoir besoin de ce dispositif », précise le D^r Guintoli.



DANS LES CONSEILS DE L'ORDRE

Le Cnom au plus près des territoires

Le Pr Stéphane Oustric, président du Cnom, et plusieurs élus nationaux se sont rendus, début septembre, dans l'Aisne et en Charente. L'objectif : rencontrer les conseillers de ces deux départements.

L'équipe a visité des établissements de santé comme le centre hospitalier de Laon, la clinique Saint-Joseph à Angoulême ou le centre de santé départemental de Brie. Elle a également participé aux assemblées plénières des conseils départementaux. Parmi les sujets abordés avec les conseillers départementaux : l'accès aux soins, l'attractivité des territoires, les partenariats territoriaux, la formation des jeunes médecins, l'évolution des carrières médicales, l'intégration des docteurs juniors... Des enjeux très concrets auxquels l'Ordre tente de répondre, quelle que soit l'échelle territoriale.



3

QUESTIONS À

DR VÉRONIQUE THYS

présidente de la
commission Vigilance-
Violences-Victimes
(VVV) du Cdom92



QUEL EST LE RÔLE DE LA COMMISSION VIGILANCE-VIOLENCES-VICTIMES QUE VOUS PRÉSIDEZ ?

Elle a quatre grandes missions. Un rôle d'accompagnement des confrères dans les procédures médico-légales (information préoccupante et signalement) lorsqu'ils sont face à une victime majeure ou à un mineur en risque de danger ou en danger. Dans notre département est intégrée, dans la commission VVV, la commission de sécurité dédiée aux violences envers les médecins. La commission informe les confrères sur les situations délicates et sur les changements des textes de loi (code de déontologie, code pénal...) comme récemment. J'interviens dans notre newsletter, dans nos tables rondes, dans les Amicales, les CPTS, les mairies, dans le groupe de travail au Crom IDF, même au Conseil de l'Ordre des sages-femmes récemment, et mensuellement lors de nos

séances plénières. Par ailleurs, la commission est chargée de gérer les relations avec le parquet et la préfecture, relations qui se sont renforcées dans les années 2020 à notre plus grande satisfaction. Ainsi, elle participe régulièrement à des travaux pour améliorer la prise en charge des femmes, des enfants et des médecins victimes de violence avec l'élaboration de plans d'action. Un autre rôle est celui de l'analyse des infractions pénales des médecins inscrits au Tableau communiquées par le parquet et facilitée depuis l'amélioration de nos relations.

VOTRE ACCOMPAGNEMENT A-T-IL PERMIS UNE AUGMENTATION DES SIGNALEMENTS ?

Le nombre de signalements judiciaires est stable et le parquet m'a dit qu'ils étaient mieux rédigés. Ce qui est très positif car de la qualité de ces écrits envoyés à la bonne adresse dépendent les délais de prise en charge et le choix des mesures de protection des victimes. Cependant, il existe un frein à ces signalements, qui est celui de la crainte des représailles. Nous travaillons sur ce sujet avec le préfet et le procureur de la République.

SI VOUS AVIEZ UN MESSAGE À FAIRE PASSER À VOS CONFRÈRES QUI FONT FACE À DES SITUATIONS DE VIOLENCES ?

Ne restez pas seuls ! Il ne faut surtout pas hésiter à nous contacter s'il y a le moindre doute. Il n'y a aucune question idiote. J'échange avec les médecins par mail, par téléphone... Et nous avons une secrétaire dédiée à cette Commission.



LES RUBIES TRANSFORMENT L'ESSAI CONTRE LE CANCER



↑ Depuis la création de l'association toulousaine, plus de 20 sections des RUBieS ont vu le jour en France.

À Toulouse, les RUBieS proposent depuis neuf ans un rugby adapté aux personnes touchées par un cancer ou une maladie chronique. Une manière de retrouver le goût de l'effort, la confiance en son corps et le plaisir du collectif. Cette année, l'association ouvre ses terrains aux jeunes patients.

Un coup de sifflet retentit. Une vingtaine de joueuses et de joueurs, maillot blanc floqué à leur prénom, entourent le coach. Après la causerie, place à un échauffement collectif puis à de petits matchs de rugby à cinq, sur le demi-terrain. « Ici, ni jeu au pied, ni mêlée, et les plaquages sont interdits. Le rugby adapté est un sport à toucher pour stopper son adversaire. Il y a un côté ludique tout en diminuant le côté combat et risques, explique Théo Bouladou, spécialisé dans l'activité physique adaptée. Les passes se font toujours en arrière, ce

qui permet à ceux qui ne courent pas très vite d'être toujours en situation de jeu. » Crampons aux pieds, Christiane, 76 ans et doyenne du club, ne compte pas ses efforts. « Je viens en train, le trajet dure trente minutes, mais je ne veux pas rater ce moment qui me fait tellement de bien », confie-t-elle.

Soigner autrement

Créée en 2017 à Toulouse, l'association les RUBieS – pour « rugby, union, bien-être, santé » – est née pour inciter les femmes atteintes d'un cancer du sein, ou en rémission, à reprendre une activité physique. Au fil des saisons, elle s'est ouverte aux personnes touchées par une maladie chronique, aux aidants, aux soignants et plus largement à toute personne sédentaire souhaitant pratiquer en loisir.

À l'origine du projet, le docteur Stéphanie

SUR LE TERRAIN



↑
Le programme pilote « RUBieS Jeunes » fera l'objet d'une évaluation scientifique sur deux ans, menée avec le CHU de Toulouse et les équipes spécialisées en pédiatrie.



↑
Cette saison, une trentaine de personnes, de tous les âges, sont inscrites aux RUBieS Toulouse. Habitues et nouvelles recrues se retrouvent autour d'une même pratique, accessible sur prescription médicale dans le cadre du sport sur ordonnance.



↑
« Mon médecin a eu la bonne idée de me proposer de venir jouer au rugby », raconte Gaspard, 14 ans, après son premier entraînement avec les RUBieS.

Motton, chirurgienne gynécologue oncologue à l'IUCT-OncoPôle de Toulouse et présidente des RUBieS. « Beaucoup d'études scientifiques le prouvent : pratiquer une activité physique régulière diminue le risque de développer un cancer, mais aussi celui de récidiver et de mortalité après la maladie », explique-t-elle. Au-delà de ces effets, l'activité physique contribue à améliorer la qualité de vie, à réduire la fatigue et à mieux gérer certains effets indésirables des traitements. « Les médecins ne peuvent plus faire l'impasse sur l'APA dans le parcours de soins », insiste la médecin.

Un espace où l'on avance ensemble

Au-delà des bienfaits physiques, c'est le lien social que beaucoup viennent chercher sur ce demi-terrain. « On vient pour jouer, mais on parle aussi de la maladie, on demande des conseils à celles et ceux qui ont été soignés avant nous », raconte une adhérente du club. Ballon ovale à la main, Emmanuelle Pouzet est l'une des figures de l'équipe. « J'ai découvert les RUBieS lorsque je pensais faire une rechute



Le
reportage
en vidéo

de mon cancer du sein. Je faisais du Pilates, du yoga, de la marche, mais je n'avais jamais pensé au rugby ! » Depuis, elle a trouvé dans le club un rôle à la mesure de son parcours : « Quand j'ai traversé le parcours de soins, je me suis dit : que vais-je faire de cette épreuve dans ma vie ? » Aujourd'hui diplômée du D.U. Patient partenaire référent rétablissement en cancérologie, Emmanuelle Pouzet accueille les nouveaux venus : « J'essaie de lever les freins, ce sont les mêmes inquiétudes que celles que j'avais au début. Je comprends ce qu'elles vivent, je leur raconte mon point de vue de patiente. »

Cette année, les RUBieS Toulouse lancent « RUBieS Jeunes », un programme inédit de rugby santé destiné aux enfants et aux adolescents atteints d'une maladie chronique ou engagés dans un parcours de soins oncologiques. Avec une même ambition : leur permettre de retrouver progressivement le plaisir de l'activité physique, le goût du jeu, le lien avec les autres et la confiance en leur corps.

+ d'infos [Consulter le site des RUBieS](#)

Suzette DELALOGUE

Médecin oncologue, chercheuse, nouvelle présidente de l'Institut national du cancer (INCa)



« À l'INCa avec l'espoir d'agir encore plus »

Après vingt-six ans à l'Institut Gustave-Roussy, Suzette Delalogue prend les rênes de l'organisme public qui coordonne, en France, les actions de lutte contre les cancers. Oncologue et chercheuse, cette spécialiste du cancer du sein a bâti sa carrière sur un même fil : mieux prévenir pour mieux guérir.

Le cancer, elle l'a d'abord côtoyé de près, bien avant d'en faire son métier. Enfant, elle voit sa tante emportée par la maladie. Sa grand-mère, elle, est soignée à l'Institut Gustave-Roussy (IGR). À l'adolescence, la décision est prise : ce sera la médecine, à Paris, dans cet établissement. Diplômée en 1996 après un internat des hôpitaux de Paris, elle devient cheffe de clinique. En parallèle, elle découvre la recherche pendant un an et demi à Ottawa, au Canada, dans un laboratoire de recherche de biologie moléculaire et décroche un master en sciences du cancer et génétique. En 1999, elle entre à Gustave-Roussy. En consultation, Suzette Delalogue suit ses patientes atteintes de cancer du sein. Elle mène en parallèle des travaux sur la maladie. *« Pour mieux comprendre les biomarqueurs, le cancer, le pronostic, développer de nouveaux traitements, voir comment mieux les supporter, etc. »,* résume-t-elle.

Clinique et recherche, toujours de front

Depuis quelques années, cap sur la prévention et la médecine de précision pour adapter les traitements aux caractéristiques génétiques et moléculaires de chaque tumeur. Très investie dans l'oncogénétique et la prédiction des risques de cancer, elle défend une conviction simple : *« On peut essayer d'empêcher les gens d'avoir un cancer en identifiant cinq à dix ans à l'avance un risque de développer la maladie, en mettant en place des actions de dépistage spécifique, de traitement préventif. »*

FAITS MARQUANTS

- En 2004, elle crée un réseau de diagnostic rapide du cancer du sein (diagnostic en un jour). Plus de 30 000 femmes ont été prises en charge à ce jour.
- De 2004 à 2021, elle dirige le groupe de cancérologie mammaire de Gustave-Roussy.
- En 2021, elle prend la direction du programme « Interception » à Gustave-Roussy, dédié à la détection précoce et à la prévention personnalisée des personnes à risque élevé de cancer.

Depuis 2018, elle coordonne le programme européen MyPeBS, grande étude internationale randomisée évaluant le dépistage personnalisé du cancer du sein. *« On aura les résultats dans un an »,* explique-t-elle.

Révolutionner la prévention

Le 1^{er} juillet, changement de dimension : Suzette Delalogue prend la présidence de l'INCa. *« J'étais assez fière ! C'est un challenge, mais aussi l'espoir de pouvoir agir encore plus. En étant médecin dans un hôpital, on a un pouvoir assez limité sur la santé publique. En apportant toute mon énergie au service de tous les patients, je souhaite contribuer à faire reculer les cancers »,* résume-t-elle. Elle entend imprimer sa marque à la stratégie décennale de lutte contre les cancers et fixe le cap autour de trois piliers : la lutte contre les inégalités en santé, une politique de prévention à révolutionner pour mieux protéger des cancers de demain, et le renforcement d'une recherche et d'une innovation française souveraine et autonome.



Déontologie : un nouveau code pour votre pratique

Usages du numérique, rôle du médecin face aux victimes de violence, information des patients, confraternité... À l'issue d'un long travail conjoint mené par le Cnom et les pouvoirs publics, le code de déontologie médicale a été revu en profondeur. L'enjeu ? Adapter les règles à la médecine du XXI^e siècle et aux évolutions de la société.



CONTEXTE

Le code de déontologie médicale fait peau neuve

Entré en vigueur le 30 juillet, le nouveau code de déontologie médicale modifie plus de la moitié de ses articles et fait entrer le numérique et l'intelligence artificielle dans le texte. Une refonte qui s'inscrit dans une très longue histoire.

Le 28 juin 1947, l'Ordre des médecins édicte le premier code de déontologie médicale :

79 articles qui reprennent les principes traditionnels de la profession.

Depuis lors, le texte a connu cinq grandes révisions, toutes motivées par la nécessité d'adapter les devoirs des médecins aux évolutions législatives, aux transformations sociétales et aux avancées technologiques.

S'adapter à la société

La refonte de 1955 reflète ainsi la volonté de l'Ordre de l'époque d'encadrer plus clairement les rapports confraternels et les relations avec la Sécurité sociale balbutiante. Celle de 1979 marque la reconnaissance du respect de la personne et de sa dignité. La version de 1995 va plus loin : elle intègre les lois de bioéthique, fait du consentement la pièce maîtresse de la relation de soins et érige en devoir le soulagement des souffrances. En 2012, le code de déontologie médicale s'adapte aux exigences de la loi Kouchner sur l'information du patient, assouplit les règles de remplacement et d'exercice, élargit les honoraires à la télémedecine. Aujourd'hui, le code de déontologie médicale

Le point de vue de l'Ordre



DR STÉPHANE
OUSTRIC,
président du Cnom

« Un Code modernisé, une nouvelle étape collective »

« La publication au Journal officiel du décret modernisant le code de déontologie médicale constitue une très belle victoire pour notre institution et une avancée majeure pour la profession et les patients. Cette

réforme, sans précédent depuis 2012, est le fruit d'un travail collectif mené avec les pouvoirs publics et les élus ordinaires. Ce code actualisé adapte notre cadre déontologique aux enjeux actuels : droits des patients, lutte contre les violences, numérique en santé, intelligence artificielle, protection des données et nouvelles modalités d'exercice. Sa publication marque toutefois une étape, non un aboutissement. Un important travail d'accompagnement et d'interprétation s'ouvre désormais avec la révision des commentaires du code. Ces commentaires sont les véritables poumons de notre éthique et de notre déontologie, au plus près de nos exercices. Cette modernisation majeure ouvre donc une nouvelle étape collective. Après la publication du code, il nous revient d'en actualiser les commentaires avec une forte participation des élus ordinaires. »

régleme l'exercice des médecins qui ont l'obligation d'être inscrits au tableau de l'Ordre (ainsi que les étudiants de troisième cycle lorsqu'ils exercent en qualité de remplaçant ou d'adjoint d'un médecin). Il fixe leurs devoirs généraux, notamment envers les patients, et encadre leurs rapports avec leurs confrères et les autres professions de santé ainsi que les modalités de leur exercice. Codifiées aux articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique, ses dispositions ont valeur réglementaire.

Une refonte d'ampleur

Le 30 juillet 2026, le nouveau code de déontologie médicale est entré en vigueur. Plus de la moitié des articles (65 sur 117) ont été modifiés et un nouveau a été créé : une refonte majeure, qui prolonge 24 siècles de réflexion. Pourquoi une telle ampleur ? D'abord parce qu'il fallait remettre de l'ordre dans la grande maison du système de soins : les codes de déontologie des différentes professions de santé n'étaient pas toujours à l'unisson, et celui des médecins devait se rapprocher de ses voisins. Ensuite parce que la pratique, elle, n'avait pas attendu : télé médecine, intelligence artificielle et autres innovations sont devenues – rapidement et « sans filet » – des réalités dans les cabinets et il était plus que temps de les encadrer.



[Consulter le nouveau code de déontologie](#)

De fait, les modifications s'articulent sur de nombreux fronts. Le champ d'application du code est redéfini. Les obligations relatives aux compétences professionnelles se durcissent. La protection des patients est renforcée, qu'il s'agisse des victimes de violences, de l'information, du consentement ou de la structuration du dossier médical. Un article entier est dédié aux innovations numériques. Les conditions d'exercice sont également en ligne de mire : l'interdiction d'exercer dans des locaux commerciaux est étendue et les règles sont précisées pour le remplacement, la médecine foraine, l'exercice en unité mobile ou sur plusieurs sites, l'installation, l'assistanat, la tenue de cabinet et la communication des contrats. Enfin, même le vocabulaire n'échappe pas au dépoussiérage. Entre autres ajustements, le « *malade* » cède ainsi la place au « *patient* » tandis que l'« *infraction* » devient « *manquement* ». Le nouveau code de déontologie médicale est entré en vigueur le 30 juillet dernier, au lendemain de sa publication au *Journal officiel*. Il appartient désormais aux médecins de s'en emparer et de le faire vivre dans leur exercice quotidien.



Éthique ou déontologie ?

L'éthique pose une question, la déontologie fixe une règle. La première relève de la conscience : devant un cas précis, que faut-il faire ? C'est un questionnement permanent, qui ne connaît d'autre sanction que morale. La seconde traduit des principes éthiques en obligations écrites, dont le non-respect peut être puni par les chambres disciplinaires de l'Ordre. Les deux se frottent parfois. Un médecin peut se heurter à une loi qu'il juge contraire à son éthique, comme celle sur l'aide à mourir, d'où l'importance des clauses de conscience.

4

QUESTIONS À

D^R CHRISTINE
LOUIS-VAHDAT

présidente de
la section Éthique
et déontologie.



1.

QUEL EST LE RÔLE DU CNOM DANS L'ÉLABORATION DE L'ÉVOLUTION DU CODE DE DÉONTOLOGIE ?

C'est au Conseil national de l'Ordre des médecins qu'il revient de préparer la rédaction des différents articles du code de déontologie médicale. Par la suite, le texte est transmis à la DGOS, au ministère chargé de la Santé qui, après recueil des consultations et avis obligatoires, transmet un projet de décret au Conseil d'État pour examen et adoption. C'est ainsi que le décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026 a été publié au *Journal officiel* le 29 juillet pour une entrée en vigueur le lendemain.

2.

COMMENT L'ORDRE VEILLE-T-IL AU RESPECT DES RÈGLES DE DÉONTOLOGIE ?

Si l'Ordre des médecins prépare le code de déontologie, il en est aussi le garant. Pour cela, il dispose d'une juridiction disciplinaire indépendante qui examine les plaintes portées contre les médecins et prononce des sanctions en cas de manquements éthiques ou de comportements non conformes au code de déontologie médicale. À l'issue de la procédure, les différentes parties peuvent faire appel de la décision devant une chambre disciplinaire nationale présidée par un conseiller d'État, voire ultérieurement en cassation devant le Conseil d'État.

3.

MAINTENANT QUE LE DÉCRET EST PUBLIÉ, QUE RESTE-T-IL À FAIRE DU CÔTÉ DE L'ORDRE DES MÉDECINS ?

Il appartient désormais au Conseil national de modifier les commentaires du code. S'ils n'ont pas de valeur réglementaire, ces commentaires sont des outils indispensables qui permettent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre de comprendre le sens et la portée de chaque article, pour mieux les appliquer au quotidien. Dans le cas présent, nous devons intégralement réécrire 20 commentaires et en actualiser 42 autres. La rédaction sera soumise, pour avis, à l'ensemble des conseillers ordinaires des Conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins, avant son adoption en séance plénière du Cnom.

4.

LE CODE EST-IL FIGÉ JUSQU'À LA PROCHAINE CAMPAGNE DE MODIFICATIONS ?

Le code de déontologie médicale doit toujours évoluer, au gré des modifications législatives notamment, mais aussi de l'évolution de l'exercice médical ou des mutations technologiques et sociétales qui peuvent l'impacter. Par exemple, l'actuel article 38 – qui prévoit que le médecin « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » – devra nécessairement être modifié avec l'adoption de la loi relative à l'aide à mourir le 19 août 2026. En outre, si la proposition de loi apportant une réponse intégrale au phénomène des violences sexuelles et sexistes contre les femmes et les enfants venait à être adoptée, son article 47 (modifiant les dispositions de l'article 226-14 du code pénal) entraînerait des modifications de l'article 44 (protection des victimes de violences) du code de déontologie médicale ainsi que des commentaires de l'article 4 sur le secret médical.

INTER-VIEW

EN PRATIQUE

Ce qui change pour vous médecins

Le décret n° 2026-691 du 27 juillet 2026 modifie de nombreuses dispositions du code de déontologie médicale. Coup de projecteur sur les principales évolutions.

Un champ d'application élargi

L'article R. 4127-1 définit qui est soumis au code de déontologie. Il évolue sur trois points. Les docteurs juniors, statut créé en 2018 mais jusqu'ici absent du texte, y sont désormais rattachés. Parallèlement, dans une optique de résistance à la financiarisation de la médecine, les sociétés d'exercice libéral et les sociétés civiles professionnelles de médecins deviennent elles-mêmes redevables des règles déontologiques, et non uniquement les médecins qui les composent. Enfin, le serment prêté à l'inscription au Tableau, auparavant en fin de code, rejoint cet article fondateur.

Mieux encadrer les usages du numérique

C'est là le changement le plus visible apporté au code de déontologie : le texte vise désormais expressément « les technologies de l'information et de la communication, les outils numériques, l'intelligence artificielle ou toute innovation technique ou technologique » que peuvent utiliser les médecins dans leur exercice. L'article créé, que l'Ordre appelait de ses vœux depuis de nombreuses années, impose aux médecins de prendre « les précautions indispensables » pour garantir « la sécurité et la qualité des soins ainsi que la sécurité et la confidentialité de leurs données de santé ». Cela suppose la mise en œuvre d'une démarche de prévention globale : validation humaine, sécurisation des outils, vérification de la destination des données, restriction des transmissions aux seules informations indispensables... Et ce, en tenant compte des référentiels et des recommandations des autorités compétentes, de leur conseil national professionnel et de l'Ordre. Par ailleurs, le code de déontologie traite d'un autre volet de la numérisation de la santé, à savoir l'essor des cabines de téléconsultation. L'article R. 4127-25, relatif à l'interdiction d'exercer dans des lieux commerciaux, ne concernait jusqu'ici que les médecins présents

Pourquoi cette réforme ?

Les modifications du code de déontologie sont inévitables eu égard aux évolutions sociétales, à l'évolution de l'éthique et aux modifications des conditions de l'exercice.

Un périmètre élargi

Docteurs juniors, étudiants remplaçants ou adjoints, sociétés d'exercice libéral et sociétés civiles professionnelles sont explicitement intégrés au champ d'application.

Des pratiques transformées

Intelligence artificielle, outils numériques, téléconsultation, nouveaux modes d'exercice, évolution des organisations professionnelles.

Une protection renforcée

Le texte actualise les obligations relatives aux compétences, au consentement, aux violences, au dossier médical et au contrôle des structures d'exercice.

La structure générale du code reste inchangée.

en personne dans ces lieux. Le nouveau texte étend l'interdit aux dispositifs qui les y remplacent : il n'est désormais plus possible d'installer des cabines de téléconsultation en galeries marchandes ou en grande surface, sauf lorsqu'elles se trouvent au sein d'une officine ou d'une autre structure où l'exercice de professionnels de santé est autorisé.

Non-discrimination et violences : deux articles clarifiés

Énoncé dès la toute première version du code de déontologie médicale en 1947, le principe de non-discrimination des patients n'a cessé d'être précisé au fil des révisions, au point d'aboutir à une longue liste de critères. Le nouvel article R. 4127-7 marque un changement de méthode : il abandonne l'énumération pour renvoyer directement aux articles 225-1 et suivants du code pénal. Un choix qui met le code à l'abri de l'obsolescence : chaque nouveau critère ajouté par le législateur (précarité sociale, identité de genre...) s'y intègre

12 évolutions principales

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1 Champ d'application | 7 Dossier médical |
| 2 IA et numérique | 8 Remplacements |
| 3 Compétences | 9 Médecine foraine |
| 4 Locaux commerciaux | 10 Sites distincts |
| 5 Information et consentement | 11 Installation, assistantat, gérance |
| 6 Protection des victimes | 12 Communication des contrats |

automatiquement, sans attendre un nouveau décret. En matière de violence, le changement est plus profond puisque l'article R. 4127-44 redéfinit le rôle du médecin. Lorsqu'il présume qu'un patient est victime de privations, de violences, de sévices ou de mauvais traitements, le praticien a désormais l'obligation d'agir par tous les moyens qu'il choisit en conscience. Une rupture avec l'ancienne rédaction, qui n'exigeait d'intervenir qu'une fois les sévices « discernés » et qui recommandait alors la « prudence et la circonspection », une double réserve qui a longtemps dissuadé les médecins de signaler, par crainte de se tromper ou de violer le secret professionnel. Le texte nomme aussi, pour la première fois, les interlocuteurs auxquels s'adresser : le procureur de la République, la cellule de recueil des informations préoccupantes pour les mineurs en danger et une cellule équivalente, nouvelle, pour les majeurs vulnérables.

Informations relatives aux patients : un code plus protecteur

Que dire aux proches d'un malade face à un pronostic fatal ? Jusqu'à présent, le code imposait une information systématique, sauf opposition explicite et préalable du patient. Dans la continuité de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, la nouvelle version de l'article R. 4127-35 inverse la logique : la révélation à l'entourage est désormais expressément conditionnée au fait que le patient ne s'y oppose pas au moment considéré. Dans le même temps, le texte élargit le champ de la communication, qui s'étend désormais aux diagnostics graves et pas uniquement aux pronostics

fatals. Enfin, la finalité est aussi recadrée : il ne s'agit plus de « prévenir » les proches, mais de leur donner les moyens d'« apporter un soutien direct au patient ». De son côté, l'article R. 4127-45 relatif au dossier patient acte la fin de la fiche d'observation contenant des « notes personnelles » soustraites au droit d'accès des patients. Cette fiche disparaît au profit des seules « informations formalisées » qui doivent être intégrées dans le dossier médical communicable au patient.

La confraternité réorganisée

Trois articles redessinent les rapports entre médecins autour du patient. L'article R. 4127-58 assouplit la transmission d'informations : le médecin consulté occasionnellement informe désormais le médecin traitant sauf opposition du patient, et non plus avec son accord. Ce basculement facilitera la coordination des soins, sans effacer le droit du patient à s'y opposer. L'article R. 4127-61, encadrant la divergence d'avis entre confrères, est pour sa part intégralement réécrit. Il stipule que le médecin consulté peut exprimer un désaccord avec la stratégie du médecin traitant, à condition de ne pas la dénigrer auprès du patient. Enfin, l'article R. 4127-60 resserre la marge de manœuvre du médecin face à la décision de son patient ou de son entourage de consulter l'un de ses confrères : il perd la possibilité de se récuser lorsqu'il désapprouve ce choix, seule lui est laissée la possibilité de conseiller un autre spécialiste.

+ d'infos

[Consulter le nouveau code de déontologie](#)

À RETENIR

65

ARTICLES

SUR 117 DU CODE DE DÉONTOLOGIE
ONT ÉTÉ MODIFIÉS.



**DR CHRISTINE
LOUIS-VAHDAT,**
présidente de la section
Éthique et déontologie

« Il appartient désormais
au Conseil national
de modifier les commentaires
du code. S'ils n'ont pas
de valeur réglementaire,
ces commentaires sont
des outils indispensables
qui permettent aux
médecins inscrits au Tableau
de l'Ordre de comprendre
le sens et la portée de
chaque article, pour mieux
les appliquer au quotidien. »

Parcours d'une modification du code de déontologie

LE CNOM PROPOSE DES MISES À JOUR DES ARTICLES



1
La DGOS
reçoit le texte
et le valide.



2
Le ministère
de la Santé mène
des consultations
et recueille des avis,
puis travaille
à un projet de décret.



3
Le Conseil
d'État examine
et adopte
le projet
de décret.

UN NOUVEL ARTICLE R. 4127-13-1

Le médecin utilisant des technologies
de l'information, des outils numériques,
l'intelligence artificielle ou toute innovation
doit prendre les précautions indispensables
pour garantir la qualité et la sécurité des soins,
ainsi que la sécurité et la confidentialité des
données de santé.

Il tient compte des recommandations et
référentiels des autorités compétentes, de son
conseil national professionnel et du Cnom.

Les refontes du code de déontologie médicale

Date
de création

1947

1955

1979

2012

1995

2026

ENTRETIEN CROISÉ

LA SANTÉ DES FUTURS MÉDECINS, UN ENJEU DÈS LA FORMATION

Étudiants et internes aiment la médecine, mais leurs années de formation peuvent peser lourdement sur leur santé. Temps de travail, pression, charge émotionnelle... Comment mieux prévenir les difficultés et les accompagner tout au long de leur cursus ?

Quel est l'état des lieux de la santé mentale des étudiants en médecine ? Voit-on une aggravation au fil des années ?

Arthur Poncin : La situation reste très préoccupante. Dans notre dernière enquête sur la santé mentale des étudiants et internes, menée en 2024 avec l'ANEMF et l'ISNAR-IMG, 66 % des répondants présentaient des signes de burn-out et 21 % déclaraient avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année. Entre nos enquêtes de 2021 et 2024, nous ne constatons pas forcément d'aggravation, mais surtout aucune réelle amélioration.

D^r Philippe Domblides :

Je n'ai pas suffisamment de recul pour me prononcer sur une évolution dans le temps. En revanche, notre récente consultation des étudiants et internes fait apparaître que 70 % des répondants rapportent une dégradation de leur état de santé et 68 % des problèmes psychiques, parmi lesquels

l'anxiété arrive en tête, devant la dépression et le burn-out. Mais ce qui ressort également, c'est que la souffrance n'est pas seulement psychique : 88 % déclarent des problèmes physiques et 65 % cumulent problèmes physiques et psychiques. Cela nous invite à considérer leur santé dans sa globalité.

Comment expliquer cette situation ?

D^r P. D. : Le cursus des études médicales est aujourd'hui particulièrement stressant. Très tôt, les étudiants sont pris dans la préparation des échéances qui détermineront la suite de leur parcours. Ma génération avait ce que j'appelle des « moments de respiration » au cours des études ; j'ai le sentiment qu'ils ont aujourd'hui largement disparu. Tout s'accumule : études, présence à l'hôpital, gardes, charge de travail... Dans le même temps, les nouvelles générations sont plus à l'écoute de leur santé



D^r PHILIPPE DOMBLIDES
secrétaire général adjoint du Cnom, président de la commission Jeunes médecins



ARTHUR PONCIN
interne en oncologie médicale à Lyon, ancien président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI)

et les jeunes médecins acceptent davantage de dire lorsqu'ils ne vont pas bien.

A. P. : Les internes sont exposés à l'ensemble des grandes familles de risques psychosociaux : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux dégradés, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail. Notre enquête de 2023 faisait état de 59 heures de travail par semaine en moyenne. À cela s'ajoutent la fatigue liée au rythme des gardes, la pression des équipes, mais aussi la charge émotionnelle inhérente à notre métier. À 25-30 ans, étant encore étudiants,



nous changeons de stage tous les 6 mois, avons peu d'autonomie, une rémunération insuffisante. Dans un système de santé lui-même sous tension, tous ces facteurs finissent par s'additionner.

Quels sont les impacts d'une santé mentale dégradée sur les études et la future vie professionnelle ?

A. P. : Deux tiers des internes déclarent qu'ils ne conseilleraient pas à un jeune de faire médecine. C'est frappant, car dans le même temps, ils disent aimer leur métier, qu'ils jugent passionnant et gratifiant, malgré toutes les difficultés. Cela montre bien qu'il se passe quelque chose pendant ces dix à douze années d'études : elles sont longues, difficiles et peuvent finir par user. Certains étudiants abandonnent en cours de cursus, même si nous manquons de données précises. Cette usure peut aussi peser sur l'entrée dans la vie professionnelle.

D^r P. D. : Ces difficultés concernent les médecins de demain : l'Ordre doit donc mieux comprendre leurs attentes. Jusqu'à présent, nous avons assez peu de contacts avec eux puisqu'ils ne sont pas encore inscrits à l'Ordre. Nous avons donc construit cette grande consultation avec leurs organisations représentatives, afin de mieux connaître leurs préoccupations et les réalités auxquelles ils sont confrontés.

Quelles sont les pistes pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ?

A. P. : La priorité est de mieux respecter le temps de travail. Les règles existent : limite légale de 48 heures par semaine maximum, repos compensateurs après les gardes, astreintes et heures supplémentaires, demi-journées hebdomadaires de formation... mais elles ne sont souvent pas appliquées. Il faut aussi que chacun sache vers qui se tourner lors de difficultés. Cela passe par un meilleur accès

à la médecine du travail, à un psychologue dans nos lieux de stage, mais aussi par des dispositifs de proximité. À Lyon, par exemple, nous menons une étude dans le cadre de laquelle des internes sont formés aux premiers secours en santé mentale afin qu'ils puissent repérer un collègue en difficulté et l'orienter. Il faut multiplier les portes d'entrée pour que personne ne reste seul : la santé mentale est un ensemble de briques. Il n'y a pas une solution unique, mais plusieurs leviers à actionner.

D^r P. D. : Il faut agir à la fois sur les conditions de formation et de travail, et sur l'accompagnement individuel. Notre enquête montre que 65 % des étudiants et internes souhaiteraient être guidés par un confrère ou une consœur, alors que 68 % disent n'avoir rencontré personne dans ce cadre. Cette demande de compagnonnage mérite d'être approfondie. Un système de tutorat, auquel l'Ordre pourrait contribuer avec d'autres acteurs, fait partie des pistes à explorer. Je pense également qu'un observatoire permanent de la santé et des conditions de travail des étudiants et des internes permettrait de mieux repérer ceux qui sont en difficulté et de les accompagner plus précocement. La santé et les conditions de travail des étudiants et des internes sont pleinement des préoccupations pour l'Ordre. C'est aussi le sens de cette enquête tournée vers nos futurs confrères.



Médecins en difficulté : prévenir et soutenir

D^R VALÉRIE LACROIX,

présidente de la commission nationale d'Entraide

« **Les médecins se doivent assistance dans l'adversité** », indique l'article 56 du code de déontologie.

La commission nationale d'Entraide de l'Ordre répond à cette nécessité morale, déontologique et légale en venant en aide aux confrères en difficulté et à leur famille, mais également en sensibilisant en amont aux mécanismes de protection existants.

Quels sont les différents outils permettant à l'Entraide de soutenir les médecins en difficulté ?

Il propose plusieurs formes d'aide gratuite comme l'accompagnement par le service d'assistance sociale pour les difficultés personnelles, familiales, administratives, financières ou professionnelles. Pour les situations financières les plus difficiles, un soutien par la fondation Cresus peut être proposé, après étude et validation du dossier par le service social. Par ailleurs, les professionnels en difficulté peuvent disposer d'un soutien psychologique avec un accès direct, anonyme et gratuit aux psychologues de Stimulus (*aujourd'hui Telus Health, NDLR*).

En période de doute, un médecin peut bénéficier d'un entretien exploratoire par le réseau DABM Paris Compétences, qui réceptionne les demandes et actionne en local le bon intervenant. Enfin, un bilan de santé complet gratuit dans un centre d'examen de santé de la CPAM est possible lorsqu'il existe un accord entre la CPAM et le Cdom auquel est inscrit le médecin.

Quel rôle jouent justement les conseillers départementaux ?

Il est essentiel : ils sont là pour écouter, accompagner

et soutenir les médecins en difficulté. En 2025, ils ont suivi une formation de Cresus sur les questions financières et, depuis septembre, ils bénéficient également d'une formation de Stimulus pour mieux écouter et accompagner les médecins avec bienveillance.

Lorsqu'un conseiller départemental reçoit un médecin nouvellement inscrit (primo inscription ou transfert), il doit l'encourager à vérifier qu'il est bien couvert pour :

- ses frais de santé ;
- le maintien de ses revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité, ainsi que la protection de ses proches en cas de décès ;
- le remboursement de ses prêts professionnels et personnels s'il rencontre des difficultés.

Pourquoi ces couvertures sont-elles essentielles ?

L'assurance prévoyance est très importante car elle doit permettre au médecin de faire face à ses charges professionnelles, personnelles et familiales en cas de difficultés pour travailler. Elle doit être souscrite dès le début de sa carrière et ce, qu'il exerce à l'hôpital, en salariat ou en libéral. Ensuite, tout au long de sa vie professionnelle, chaque médecin doit régulièrement vérifier que sa couverture correspond toujours à ses besoins et, si nécessaire, adapter ses contrats.

Quels sont les freins que vous observez quant à la souscription de ce genre d'assurance ?

Certains médecins pensent qu'ils ne tomberont jamais malades et ont une confiance excessive dans l'avenir. Ils peuvent aussi sous-estimer les risques financiers, mal connaître les garanties dont ils disposent et ne pas réévaluer régulièrement leurs besoins. Par ailleurs, les médecins salariés peuvent se sentir davantage protégés, alors que cette protection n'est pas toujours suffisante contre les accidents de la vie.

Quelles sont les questions à se poser et à poser à son assureur pour vérifier que l'on est bien protégé ?

Elles sont nombreuses, aussi est-il difficile de dresser une liste exhaustive. Mais voici quelques exemples :

- Après combien de jours d'arrêt serai-je indemnisé ?
- Combien vais-je percevoir si je ne peux plus travailler pendant quelque temps ou de façon durable ?
- Suis-je couvert si je ne peux plus exercer comme médecin, ou seulement si je ne peux plus exercer aucun métier ?
- Mon prêt immobilier, personnel ou professionnel, sera-t-il remboursé si je ne peux plus travailler ou seulement en cas de décès ?
- Si j'ai un conjoint ou des enfants, auront-ils une aide financière si je décède ?

SOMMAIRE

p. 29

EN PRATIQUE

Tout savoir sur
les docteurs
juniors en
médecine
générale

P. 30 EN PRATIQUE

Attention aux démarchages
abusifs et aux fraudes à la
formation

P. 31 DÉCRYPTAGE

Une loi pour faciliter l'exercice
des médecins diplômés au
Royaume-Uni

P. 32 EN PRATIQUE

L'ANSM alerte sur les dérives
commerciales surfant sur les
thérapies cellulaires

P. 32 ÉLECTIONS

Résultats : Conseil
départemental de Paris
de l'Ordre des médecins
Résultats : CDPI des Hauts-de-
France



Chirurgie esthétique : nouveau décret sur l'interdiction de publicité

Début octobre, un décret est
venu préciser ce que recouvre
la « **communication commerciale** »,
qui peut, dans certains cas,
entraîner le retrait de l'autorisation
d'installation de chirurgie esthétique.

Le texte indique ainsi : « Une communication commerciale s'entend de toute forme de communication, y compris de démarchage, de prospection ou d'incitation, quelle qu'en soit la forme et quel que soit le support de diffusion, destinée à promouvoir directement ou indirectement auprès du public les prestations et l'image d'un établissement titulaire de l'autorisation d'installation de chirurgie esthétique. »

Ces communications sont interdites, « notamment lorsqu'elles créent une confusion avec une intervention chirurgicale à visée thérapeutique ou qu'elles garantissent des résultats de prestation ». Elles ne doivent pas non plus représenter des mineurs, ou des personnes qui pourraient passer pour des mineurs, ou encore « des personnalités ou personnages appartenant à l'univers des mineurs ».

Ce décret s'inscrit dans la lignée de l'article R. 4127-19-1 du code de déontologie, qui encadre la communication des médecins.

Un prochain numéro de *Médecins* reviendra sur ce sujet plus en détail.

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

Tout savoir sur les docteurs juniors en médecine générale

En novembre, les premiers docteurs juniors (DJ) en médecine générale vont prendre leur poste en cabinet. Le point sur ce dispositif mis en place à partir de cette rentrée et qui fera l'objet d'un prochain dossier de Médecins.

Inscription au tableau

Un étudiant est nommé docteur junior après avoir validé sa phase d'approfondissement et soutenu sa thèse. Dans les trois mois, il doit déposer sa demande d'inscription au tableau spécial auprès du Cdom auquel est rattaché son CHU et qui le reçoit pour un entretien. À noter : il est possible pour un étudiant n'ayant pas encore soutenu sa thèse d'obtenir une dérogation transitoire afin d'être tout de même inscrit. Il doit soutenir sa thèse avant la fin de la phase de consolidation.

Carte professionnelle

Chaque DJ a sa CPF, sa carte de professionnel de santé en formation. Elle est envoyée en amont par l'Agence du numérique en santé qui se base sur les coordonnées renseignées par l'étudiant auprès de l'Ordre. Le DJ doit également activer sa CPF électronique. Elle lui permet de facturer les actes réalisés dans le cadre du stage puisque le DJ exerce et facture en autonomie supervisée, en son nom. C'est la même carte qui sert pour l'activité autorisée de remplacement ainsi que pour identifier et facturer l'activité de permanence des soins.

Des maîtres de stages agréés

Les médecins qui supervisent les DJ sont des Pamsu, des praticiens agréés maîtres de stage des universités. C'est l'ARS qui délivre l'agrément. Ce dernier peut également concerner des centres de santé ou des maisons de santé pluriprofessionnelles constituées en SISA. Il peut couvrir plusieurs lieux de stage à condition que le Pamsu soit joignable à tout moment, dans un délai raisonnable. Enfin, il prévoit

L'autonomie supervisée

« La nature, le nombre et les conditions de réalisation des actes que le docteur junior est en mesure d'accomplir en autonomie supervisée font l'objet d'une concertation entre le docteur junior et le praticien responsable du lieu de stage, en lien avec le coordonnateur local ou l'enseignant coordonnateur interrégional de la spécialité », indique le code de la santé publique. L'objectif est de permettre au docteur junior d'atteindre progressivement une pratique professionnelle autonome.

le relais par un autre professionnel en cas d'absence du Pamsu principal. À noter : un DJ peut avoir plusieurs Pamsu, et un Pamsu peut avoir deux DJ.

Responsabilité

Le DJ doit avoir souscrit à une assurance en responsabilité civile professionnelle. Sa responsabilité pénale demeure personnelle et individuelle. Le Pamsu, pour sa part, peut voir sa responsabilité engagée si la délégation est inadaptée ou la supervision insuffisante. Enfin, le CHU peut voir sa responsabilité engagée s'il y a eu dysfonctionnement de l'encadrement, de la convention ou du suivi.

Participation à la PDSA

Le DJ peut participer à la PDSA sur la base du volontariat avec l'accord du Pamsu. Il faut que le repos obligatoire de sécurité soit respecté et que sa responsabilité civile professionnelle ainsi que celle de son Pamsu soient à jour. Pour la régulation téléphonique, il doit recevoir une formation par un médecin régulateur, être obligatoirement présent sur le plateau de régulation et il ne doit pas être seul. Pour les gardes, le DJ doit être inscrit sur le tableau de garde du territoire et être en doublon avec le Pamsu superviseur, y compris à distance. Une restitution post-garde est prévue.

2 stages

DE SIX MOIS CHACUN SONT À EFFECTUER PAR LES DOCTEURS JUNIORS.

Attention aux démarchages abusifs et aux fraudes à la formation

L'Ordre reçoit régulièrement des signalements de pratiques contestables liées à des organismes de formation ou se présentant comme tels. Le point sur les règles qui encadrent le sujet et sur la conduite à tenir en cas de comportement problématique.

Avec la mise en place progressive de la certification périodique, les signalements liés à du démarchage agressif, voire des actes illégaux, augmentent. Les situations rapportées par les médecins sont diverses. Certains font l'objet d'appels téléphoniques répétés et insistants qui les invitent à s'inscrire à des formations prétendument obligatoires. D'autres sont inscrits à leur insu à une action de formation, parfois sur la base d'informations recueillies lors d'un simple échange téléphonique. Des organismes invoquent par ailleurs de prétendues obligations légales de formation ou diffuseraient des informations inexactes afin d'exercer une pression sur les médecins et les inciter à s'inscrire à des formations payantes.

Quelques éléments de contexte

Le Conseil national rappelle que les médecins demeurent libres du choix des actions de formation qu'ils souhaitent suivre. Ainsi, aucun organisme de formation ne peut vous imposer une inscription ni vous contraindre à participer à une formation déterminée. Attention aux sites Internet utilisant de manière abusive la dénomination «Ma Certif Pro Santé» afin de créer la confusion : à ce jour, le site officiel n'est pas encore mis en ligne ! Si vous avez un doute sur l'étendue de vos obligations en matière de certification périodique et de développement professionnel continu, n'hésitez pas à vous rapprocher de votre Conseil départemental, qui pourra répondre à vos questions. N'oubliez pas également que l'ANDPC ne vous contactera jamais afin d'obtenir vos identifiants et/ou mots de passe.

Quelle attitude adopter ?

Si vous êtes victime de démarchage abusif ou de tentative de fraude, bloquez votre correspondant et changez les mots de passe de vos espaces personnels. Si vous avez été inscrit à une action que vous ne souhaitez pas suivre, vous pouvez vous désinscrire depuis votre Espace personnel si la session n'a pas encore débuté. Si elle a commencé, vous pouvez en premier lieu contacter l'organisme



de DPC pour qu'il procède à votre désinscription. En cas de refus, vous pouvez contacter l'ANDPC. Si vous êtes victimes d'agissements malveillants d'organismes de formation agréés, vous pouvez effectuer un signalement directement auprès de l'ANDPC.

Vous pouvez également saisir la répression des fraudes (DGCCRF) via [le portail Signal Conso](#). En prévention, voici quelques gestes d'hygiène numérique à adopter :

- Ne communiquez jamais les identifiants de vos espaces personnels par téléphone ou par mail.
- Changez régulièrement les mots de passe de vos espaces personnels.
- Si l'un de vos mots de passe est compromis, changez-en immédiatement.
- Vérifiez que les liens que vous recevez par courriel ou par SMS sont cohérents et pointent vers un site légitime (ANDPC ou ANS).

+ d'infos [Le site de l'ANDPC](#)

L'engagement de l'ANDPC

L'ANDPC sensibilise les organismes de DPC sur leurs obligations légales et réglementaires en matière de données personnelles et leur rappelle qu'ils peuvent encourir des sanctions pénales en cas de fraude. L'agence a fait du contrôle et de la prévention des fraudes et abus des acteurs vis-à-vis du dispositif de DPC l'une de ses priorités.

Une loi pour faciliter l'exercice des médecins diplômés au Royaume-Uni



D^R PATRICK THÉRON,
secrétaire général
adjoint du Cnom.

Le Brexit a eu des conséquences sur la reconnaissance des diplômes obtenus au Royaume-Uni. La loi n° 2026-373 du 15 mai 2026 tente de répondre aux difficultés occasionnées. Le point avec le D^r Patrick Théron, secrétaire général adjoint du Cnom.

Qu'a changé le Brexit pour les médecins diplômés au Royaume-Uni ?

Depuis le 1^{er} janvier 2021, date officielle du Brexit, le Royaume-Uni est considéré comme un État tiers, mettant ainsi fin à la reconnaissance automatique des diplômes et empêchant les médecins de demander directement leur inscription au Tableau de l'Ordre, relevant dès lors des procédures applicables aux PADHUE (praticiens diplômés hors Union européenne).

Quels changements apporte la loi du 15 mai 2026 ?

La loi n° 2025-373 permet aux médecins ayant débuté leurs études au Royaume-Uni avant le 31 décembre 2020, mais diplômés après le Brexit, de faire reconnaître leurs qualifications à l'image du dispositif européen basé sur la directive 2005/36/CE. Les titres britanniques figurent sur une liste fixée par l'arrêté du 21 octobre 2026.

Quelle est la position du Cnom vis-à-vis de cette loi ?

Le Cnom est favorable à ce dispositif qui permet de ne pas pénaliser les ressortissants de l'UE/EEE,

de citoyenneté andorrane et britanniques, diplômés au Royaume-Uni et ayant débuté leurs études avant le Brexit. Cette loi leur permet de bénéficier ainsi au moment de leur demande d'inscription à l'Ordre de la reconnaissance automatique de leurs diplômes ; et cela va dans le sens de faciliter leur exercice en France. Le Cnom invite les conseils départementaux à informer les médecins qui seraient susceptibles de relever de ce dispositif.

Les médecins britanniques ayant obtenu leur diplôme dans un État membre de l'UE peuvent-ils bénéficier de la loi du 15 mai 2026 ?

Non, cette loi ne vise que les diplômes obtenus au Royaume-Uni. Un ressortissant britannique diplômé d'un pays membre de l'UE/EEE (ou de Suisse) après le Brexit relève de la procédure dite « I bis » (art. L. 4111-2 du code de la santé public) qui permet d'obtenir une autorisation ministérielle d'exercice en France par dérogation à la condition de nationalité. Le médecin doit alors avoir effectué l'intégralité de son cursus au sein d'un pays membre de l'UE/EEE, être titulaire d'un titre de formation permettant l'exercice plénier dans cet État, et attester de son expérience par tout moyen. Un arrêté du ministère de la Santé fixe le nombre maximal de candidats susceptibles de bénéficier de cette dérogation.

Qu'en est-il d'un médecin ayant débuté sa formation médicale au Royaume-Uni après le 1^{er} janvier 2021 ?

Pour l'heure, et dans l'attente d'éventuels accords futurs entre le Royaume-Uni et l'Union européenne, le médecin est considéré comme PADHUE et devra, pour pouvoir exercer en France, obtenir une autorisation d'exercice délivrée par le ministère chargé de la Santé, ouvrant droit à l'inscription à l'Ordre. Cette procédure comprend la réussite aux épreuves de vérification des connaissances, la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences d'une durée de six mois à deux ans, et l'examen du dossier par la commission nationale d'autorisation d'exercice de la spécialité.

L'ANSM alerte sur les dérives commerciales surfant sur les thérapies cellulaires

Véritable innovation médicale, la thérapie cellulaire peut faire l'objet de promotion illégale de la part d'entreprises qui formulent de fausses promesses, au détriment des patients.

L'Agence nationale de sécurité du médicament a pris de nouvelles décisions de police sanitaire à l'encontre de deux sociétés, basées en Turquie, dont les sites font la promotion de thérapie par cellules souches non autorisées en France.

La thérapie cellulaire n'est pas une médecine alternative, mais une méthode utilisée avec succès dans plusieurs domaines. De nombreuses recherches sont en cours concernant

plusieurs pathologies (maladies de Parkinson, d'Alzheimer, sclérose en plaques...). Pour le moment, les résultats de ces recherches demeurent, dans la plupart des cas, expérimentaux et ne justifient pas une offre de soins commercialisée auprès du public.

Certaines entreprises suscitent de faux espoirs chez les patients qui font parfois face à des coûts financiers très élevés. Par ailleurs, cela peut entraîner un retard

ou un abandon de traitements qui, eux, ont été validés, voire avoir des conséquences néfastes directes sur la santé puisque les risques médicaux ne sont pas suffisamment évalués.

Si l'un de vos patients a fait appel à un faux traitement de ce genre, demandez-lui le détail des traitements pris ainsi que des actes pratiqués et d'éventuels effets indésirables afin de prendre toutes les mesures nécessaires.

Résultats des élections : Conseil départemental de Paris de l'Ordre des médecins – 23 septembre 2026

Le renouvellement du Conseil étant total, une moitié est sortante en 2029 et l'autre en 2032.

FIN DES MANDATS EN 2029

Titulaires :

AUXÉMÉRY Yann
BERTRAND Pierre
BOURLA Alexis
DE LEPINAU Jean
DEWITTE Olivier
HALLADE-RASQUIN Hélène
HUREAUX Marguerite
LANGIN Hélène
LOGAK Catherine
PANAGOULIAS Prokopios
PEYCELON Matthieu
RICHARD Marie-Edith
SALETEN Marie
TA Minh-Hanh

Suppléants :

AMZALLAG Mike
COUTURIER Christian
KERDJANA Lamia
LARIBI-TOUNSI Henda
LASSERRE Charlotte
MACH Cyril
MASAMUNA Johan
PAQUET Claire
PARIENTE-BENHAMOU Anaïs
SABBAN Rebecca
SABRI Sami
TELFON Thierry
THIBAUT Florence
ZAGHDOUD Mokhtar

FIN DES MANDATS EN 2032

Titulaires :

BEAUCAMPS Hadrien
BELHOUARI Katia
BROCK Thomas
CHEURFA Cherifa
CRIQ Mathis
FLAGEUL Sylvie
GAZALET Philippe
KERHUEL Lionel
LOUVET Romain
MONSEL Stephanie
PINOT Jérôme
SALMONA Isabelle
VIOMESNIL Vanessa
VO QUANG Solène

Suppléants :

BEN ISMAÏL Raouia
BENDRIHEM Rivka
BERNARD Mathieu
BERNARD-PELLET Jérôme
CHABOCHE Adrian
EL MNIAI Jihane
KECHICHE Abdelhakim
KLEIN Louise-Anne
MANDHOUI Olfa
MENIF Wajih
MIGHIU Dacia-Maria
MILLET Bernard
SLIESORAITYTE Ieva
TALA Stéphane

Résultat d'élection complémentaire : CDPI des Hauts-de-France du 3 septembre 2026

Amina TAROUADA élue suppléante du collège externe sortant en 2028.

VIDÉO



Un film pour célébrer les 10 ans des Maisons des femmes

En 2016, la Maison des femmes de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) était créée pour prendre en charge, de façon pluridisciplinaire, les femmes en difficulté ou victimes de violences. Pour fêter ses 10 ans d'existence, et la dynamique qui s'en est suivie, l'association Maisons des femmes Restart diffuse un « film manifeste » d'une minute. Réalisé avec Mojo Studio et une équipe 100 % féminine, il a été tourné à la Maison des femmes de Saint-Denis et sur le toit de l'hôpital Delafontaine. Car c'est là que tout a commencé. C'est lorsqu'elle est cheffe de la maternité de cet établissement que Ghada Hatem-Gantzer cherche à ouvrir un lieu pour accompagner spécifiquement les femmes vulnérables et victimes de violences. Après trois ans de travail, la Maison des femmes de Saint-Denis ouvre ses portes et son modèle essaime. Aujourd'hui, il existe 34 Maisons des femmes,

réunies au sein d'un collectif, Restart. « *Le film met à l'écran une dizaine de femmes aux profils divers* » et « *illustre le chemin de réparation proposé au sein de ces structures* », explique le collectif.

→ [Regarder le film manifeste](#)

PUBLICATION

Un guide sur la santé et les dérives sectaires

La Miviludes vient de publier un guide dédié aux dérives sectaires qui touchent à la santé, à destination des professionnels et des citoyens, à l'élaboration duquel l'Ordre a collaboré. Il vise à apporter « des repères concrets pour identifier les situations à risque, comprendre les mécanismes d'emprise et apporter les bonnes réponses ». Le guide explique ainsi ce que sont les dérives sectaires, leur lien avec les dérives thérapeutiques, les méthodes utilisées pour mettre sous emprise... Il se penche sur certains cas particuliers tels que la nutrition, le refus de soin ou de la vaccination obligatoire. Le tout avec des conseils très pratiques afin, notamment, de guider les professionnels de santé dans leur pratique.

→ [Consulter le guide Santé et dérives sectaires](#)

LIVRE

Un roman récompensé par l'Académie de médecine

L'Académie nationale de médecine a décerné son prix littéraire 2026 à un premier roman, celui de Gabrielle de Tournemire. *Des enfants uniques* raconte l'histoire de deux adolescents, Hector et Luz, dont l'histoire d'amour est contrariée par leurs familles et la société, à cause de leur handicap. Ils surmontent les obstacles notamment grâce à Carlo, leur éducateur. Le livre, inspiré par l'expérience de son autrice dans un foyer d'hébergement pour personnes handicapées, « a retenu l'attention du jury par la qualité de son écriture, la justesse de son regard sur le handicap et sa réflexion sur l'autonomie, l'amour et l'inclusion », écrit l'Académie nationale de médecine.

→ *Des enfants uniques*, de Gabrielle Tournemire, éditions Flammarion

