



conseil-national.medecin.fr

# Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 96 - mars-avril 2025

CAHIER **Mon  
exercice**  
• CHARTE DE  
TÉLÉRADIOLOGIE  
• DÉCRYPTAGE  
LFSS 2025  
• ÉLECTIONS  
P. 25

**Alimentation  
et santé :**  
**les inégalités  
sont aussi  
dans l'assiette**  
P. 18

LE POINT SUR

**L'accueil et la prise  
en charge  
des patients  
en situation  
de handicap**  
P. 12

RÉFLEXIONS

**Les dispositifs  
médicaux connectés :  
des avancées  
et des défis**  
P. 14



# VU SUR LE WEB



## BILAN DE LA PDSA 2024

Le Cnom publie son rapport 2024 sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Parmi les principaux enseignements : la couverture territoriale reste stable (97 %), et le nombre de centres dédiés augmente (+15). L'âge moyen des médecins effecteurs baisse (45 ans) et de nouvelles pratiques émergent. Toutefois, des défis subsistent : démographie médicale, insécurité, surcharge. Un décryptage de ce bilan vous sera proposé dans le prochain bulletin, publié en juin.

[Lire le communiqué](#)



## Publication de l'Atlas de la démographie 2025

Comme chaque année, le Cnom publie l'Atlas de la démographie médicale. Un fait marquant cette année est la hausse significative du nombre de médecins en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2025 (+1,7 % par rapport à l'année précédente). Cette tendance devrait s'accélérer dans les prochaines années, et des projections à l'horizon 2040 sont proposées dans cette édition. Un décryptage complet vous sera proposé dans le bulletin du mois de juin.

[Lire le communiqué](#)



## Notre série #60BPM



La télémedecine favorise-t-elle l'accès aux soins ? Quelles sont les recommandations du Cnom ? Le Pr Stéphane Oustric, délégué aux données de santé et au numérique fait le point avec nous en 60 secondes !

<https://www.youtube.com/shorts/s9cyOtxEJk4>

5 propositions pour libérer l'exercice médical.

Le Dr François Arnault, président du Cnom nous explique en 1 minute pourquoi elles répondent aux attentes des médecins.

<https://www.youtube.com/shorts/xgfvYOAeiys>



## NOTRE VIDÉO SUR LA JURIDICTION DISCIPLINAIRE ORDINALE

L'Ordre des médecins veille à la garantie de la déontologie médicale. 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.

[Découvrez son fonctionnement en vidéo](#)



### RESTONS CONNECTÉS !



sur le web : [conseil-national.medecin.fr](http://conseil-national.medecin.fr)

sur X : @ordre\_medecins

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins  
4, rue Léon-Jost/75855 cedex 17

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre sur :

[conseil-national.medecin.fr](http://conseil-national.medecin.fr)

Directeur de la publication : Dr Pierre Maurice - Ordre des Médecins, 4, rue Léon-Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00 - Rédacteur en chef : Pr Stéphane Oustric - Rédacteur en chef adjoint : Dr Jean-Marcel Mourgues - Coordination : Isabelle Marinier - Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris - Responsable d'édition : Eva Jednak - Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Nathalie Wegener - Secrétariat de rédaction : Christine Ferreri - Couverture : Gettyimages - Dépôt légal : à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

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.



# Dr François Arnault

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



chers collègues, chers confrères,

Nous devons à **l'obstination déraisonnable** d'un député le vote d'une loi de coercition enlevant la liberté d'installation aux médecins. Une nouvelle fois, des députés, enfermés dans leur certitude que le désastre démographique de 95 % du territoire français est imputable aux seuls médecins qui refusent de s'installer dans les zones sous-denses, ont trouvé une majorité pour contraindre les médecins. Ce sont donc les ARS qui vont répartir la pénurie. Contraindre qui à aller où? Dans les villes où il n'y a plus de médecins, dans les campagnes où les services publics ont déjà tous fermé leurs portes. Des parlementaires vont porter la responsabilité de la catastrophe qui s'annonce. Les jeunes confrères vont fuir cet exercice territorial auprès des patients, déjà difficile à choisir, pour rejoindre les postes hospitaliers et autres activités qui ne seront pas régulées comme, par exemple, la médecine esthétique!

Quel coup de maître, monsieur le député!

Les syndicats médicaux et l'Ordre se sont battus énergiquement mais ils ont perdu cette bataille.

Votre combat contre la médecine de territoire est une faute. Cette médecine doit au contraire être soutenue, respectée, encouragée et remerciée. Cette médecine, élément central des équipes de soins coordonnées, représente le maillon indispensable dans la chaîne du soin qui régule les patients et permet que les médecins hospitaliers, également en grande difficulté, ne soient pas submergés.

Après avoir imaginé que les professions paramédicales pouvaient remplacer les médecins auprès des patients, faisant fi de notre formation longue et difficile nous donnant notre compétence incontournable, monsieur le député, vous ne devriez pas crier victoire mais plutôt être auprès des médecins qui, à longueur de journée, accompagnent la population et lui apportent les soins nécessaires.

Continuons à nous battre, à défendre la médecine faite par des médecins au seul bénéfice de la qualité des soins que nous devons aux patients.

PUBLICATION

# Les anciens Padhue inscrits au Tableau de l'Ordre

En reprenant et étudiant des données issues du Tableau, le Cnom publie un rapport sur le devenir des anciens praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue), désormais inscrits à l'Ordre des médecins.



**D**ès lors que les médecins Padhue ont satisfait aux épreuves de vérification des connaissances et à l'étude de leur dossier en commission d'autorisation d'exercice, ils peuvent faire valoir un plein exercice leur ouvrant le droit à une inscription au Tableau de l'Ordre.

Il est apparu utile au Cnom de proposer un rapport inédit, non exhaustif, sur le parcours des anciens Padhue, offrant au lecteur la connaissance des spécificités de l'exercice des médecins anciens Padhue : spécialité, mode d'exercice, distribution géographique... L'apport de ces anciens Padhue, en matière de réponse à l'offre de soins sur le territoire, est incontestable. En effet, selon les deux exemples départementaux rapportés dans ce rapport, nous démontrons que ces médecins ont un exercice fortement orienté vers

les espaces périurbains et ruraux défavorisés selon la typologie des territoires de vie santé de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Pour apprécier pleinement l'apport des médecins à diplômes étrangers,

il conviendrait d'ajouter les médecins diplômés de l'Union européenne, mais cela n'est pas l'objectif dudit rapport.

**+ D'INFOS**

**Consulter l'intégralité du rapport.**

## Quelques chiffres

**8 %**

**DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE** sont des médecins anciens Padhue.

**19 154**

**MÉDECINS ANCIENS PADHUE** étaient inscrits au Tableau au 1<sup>er</sup> janvier 2025, contre 7963 en 2010 (+141 % sur la période, soit +11 191 médecins).

**93 %**

**DES MÉDECINS ANCIENS PADHUE** inscrits au Tableau sont actifs (actifs réguliers, intermittents ou retraités actifs).

**Près de 50 %**

**DES MÉDECINS ACTIFS ANCIENS PADHUE INSCRITS AU TABLEAU** exercent dans ces cinq spécialités : médecine générale, psychiatrie, anesthésie-réanimation, radiodiagnostic et imagerie médicale, et pédiatrie.

## PRISE DE POSITION

# Réguler la pénurie ne résoudra pas la pénurie !

**Avec les organisations syndicales et représentatives des médecins libéraux, hospitaliers, salariés, étudiants en médecine et des élus locaux, l'Ordre signe un communiqué de presse commun contre la proposition de loi sur les déserts médicaux, dite «PPL Garot».**

**P**lusieurs millions de Français n'ont pas de suivi médical, peinent à obtenir un diagnostic sur leurs douleurs et leurs symptômes, peinent à intégrer un parcours de soins. Face à ces millions de Français, 237303 médecins exercent et soulagent, opèrent, écoutent, sensibilisent, prennent soin de la santé et de la vie des Français. Ce 26 mars 2025 s'ouvre l'examen en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale de la proposition de loi sur les déserts médicaux dite «PPL Garot». Cette proposition de loi, signée par plus de 200 députés, prévoit la régulation à l'installation des médecins et la garde obligatoire pour tous les médecins.

**L'opposition des médecins à ces deux mesures est ferme et unanime.**

Les organisations syndicales

et représentatives des médecins refusent que la communauté médicale soit sanctionnée pour une pénurie qu'elle subit aussi. Quand 87 % du territoire métropolitain et outre-mer peut être qualifié de «désert médical», nous rappelons que le problème majeur est le déclin de la démographie médicale, et non pas l'absence de régulation à l'installation : réguler une profession en pénurie ne solutionnera pas la pénurie elle-même !

### Nos propositions :

- Valoriser les maîtres de stage universitaires et les docteurs juniors afin de soutenir les expériences professionnelles chez les praticiens libéraux toutes spécialités confondues et favoriser l'installation de médecins généralistes dans les territoires.
- Piloter avec l'ensemble des autorités compétentes (ARS, Universités) le numerus apertus

en étendant progressivement les sites de première année (PASS/LAS) sur tous les départements et en renforçant les capacités hospitalières et pédagogiques locales (accueil en stage, encadrement).

- Éduquer les patients sur le bon usage des services d'urgences hospitaliers et sur le recours aux soins non programmés, en plus de soutenir la suppression de la majoration des tarifs à l'encontre des patients n'ayant pas de médecin traitant.
- Faciliter l'intégration des Padhue ayant répondu aux exigences de niveau requis.

### + D'INFOS

**Lire l'intégralité du communiqué, qui détaille point par point les raisons pour lesquelles le Cnom et les signataires de ce communiqué s'opposent à la PPL Garot.**



## ÉVÈNEMENT

# Au Parlement européen, les médecins prennent la parole

Le 21 mars, des médecins venus de plus de 30 pays d'Europe ont été reçus au Parlement européen à Bruxelles par les eurodéputés D' András Kulja (PPE, Hongrie) et Tilly Metz (Verts, Luxembourg). Cet événement, initié par le Comité permanent des médecins européens (CPME), visait à réfléchir avec les parlementaires à des solutions durables face à la crise du personnel de santé en Europe. Vieillesse de la population, demande croissante de soins, perte d'attractivité du métier : les systèmes de santé sont confrontés à des pénuries de plus en plus préoccupantes.



De gauche à droite : Dr Philippe Cathala (France) Prof. Dr Bojana Beović (Sloévie), Dr Milan Kubek (République Tchèque), Dr. Andreas Botzlar (Allemagne), MEP Tilly Metz (Député européen du Luxembourg), Dr Kitty Mohan (UK).

## Deux sujets à l'ordre du jour

Deux temps d'échange ont structuré cette rencontre. Le premier a permis d'aborder les causes profondes de la pénurie de professionnels de santé et d'explorer les réponses envisageables, tant au niveau national qu'europpéen. Le second, centré sur les conditions de travail, a mis en lumière la dégradation du quotidien des soignants. Le D<sup>r</sup> Philippe Cathala, délégué général aux affaires européennes et internationales au Cnom, y est intervenu sur la question alarmante de la hausse des violences à l'encontre des professionnels de santé. Il y a présenté les actions engagées en France par le Cnom et par le Conseil européen des médecins européens (CEOM) et appelé à une coopération renforcée entre les pays européens pour lutter efficacement contre ce fléau.



Le D<sup>r</sup> Philippe Cathala, délégué général aux Affaires européennes et internationales au Cnom.



## RÉUNION

## Rencontre entre le Cnom et l'Ordre des médecins du Portugal



De gauche à droite : les D<sup>r</sup> José Manuel Martins dos Santos, Carlos Cortes, François Arnault et Philippe Cathala.

Le 12 mars, une réunion bilatérale a eu lieu entre le D<sup>r</sup> François Arnault, président du Cnom, et le D<sup>r</sup> Carlos Cortes, président de l'Ordre des médecins du Portugal. Les échanges ont mis en lumière plusieurs défis communs aux deux institutions parmi lesquels :

des données en matière de démographie médicale préoccupantes, l'augmentation des actes de violence à l'encontre des professionnels de santé, la question de la délégation des tâches, l'accompagnement des patients en fin de vie ainsi que

les impacts croissants de l'intelligence artificielle sur la profession. Le D<sup>r</sup> José Manuel dos Santos, membre de l'Ordre des médecins portugais et président du Conseil européen des ordres des médecins (CEOM), participait également à cette rencontre, qui coïncidait avec la Journée européenne de sensibilisation sur les violences envers les médecins, instaurée par le CEOM en 2020. Cette date a été l'occasion de rappeler d'autres initiatives menées par l'organisme telles que la création, en 2017, de l'Observatoire européen des violences envers les médecins ainsi que l'adoption, en 2023, d'un formulaire européen standardisé de signalement des agressions. Le D<sup>r</sup> Philippe Cathala, délégué général aux Affaires européennes et internationales au Cnom et secrétaire général du CEOM, était également présent, ainsi que plusieurs membres de la délégation.

D R ©

## JURIDIQUE

## Publication du Règlement sur l'Espace européen des données de santé au Journal officiel de l'UE

Adopté le 24 avril 2024 après deux années de négociation, le Règlement sur l'Espace européen des données de santé (EHDS – European Health Data Space) a été publié le 5 mars 2025 au *Journal officiel de l'Union européenne*. Il vise à redonner aux citoyens européens le contrôle sur leurs données de santé électroniques et à améliorer leur prise en charge lors de déplacements au sein de l'Union. Le règlement prévoit également un accès simplifié pour les professionnels de santé aux dossiers médicaux issus de différents systèmes, y compris étrangers, dans leur langue maternelle. Il vise de plus à améliorer le fonctionnement du marché unique des dossiers médicaux électroniques et à faciliter la réutilisation encadrée de ces données, une fois anonymisées ou pseudonymisées, par les chercheurs et les décideurs publics, dans une perspective d'innovation et de meilleure gouvernance des politiques de santé. La mise en œuvre du Règlement

s'articule autour de deux infrastructures européennes : MaSanté@UE (MyHealth@EU) pour l'usage primaire des données et DonnéesSanté@UE (HealthData@EU) pour leur utilisation secondaire. En France, le service européen de santé en ligne (SESALI), déployé par l'Agence du numérique en santé, permet déjà aux médecins de consulter certaines données de santé de patients européens. Des évolutions sont prévues, notamment pour y intégrer l'e-prescription et d'autres documents médicaux essentiels à la continuité des soins. L'application du règlement nécessitera des ajustements législatifs et réglementaires, que le Cnom suivra de près en restant attentif à leurs implications concrètes pour les médecins et les patients.

**+ D'INFOS** La page dédiée sur le site de la Commission européenne



# NOUVELLE-AQUITAINE : LE CROM S'UNIT AU MONDE UNIVERSITAIRE

**Le Conseil régional de l'Ordre des médecins (Crom) de Nouvelle-Aquitaine tisse des liens étroits avec les facultés de Bordeaux, Poitiers et Limoges. Un partenariat destiné à moderniser l'image de l'institution et guider les futurs médecins dans leur exercice.**

Texte : Aude Borel | Photos : Didier Dupouy

**S**ur le campus Carreire de l'Université de Bordeaux, un esprit de compagnonnage imprègne l'Espace Santé. Depuis le 20 novembre 2023, le Crom Nouvelle-Aquitaine y tient une permanence chaque mardi matin. Une première sur le territoire national. Transmission et accompagnement sont les maîtres mots de ce partenariat initié il y a une quinzaine d'années par le Pr Pierre Dubus, directeur du Collège sciences de la santé de l'université, et le D<sup>r</sup> Philippe Domblides, président du Crom Nouvelle-Aquitaine. « Nous avons réfléchi à une façon d'aller vers les étudiants et de sortir du cadre traditionnel de la représentation de l'Ordre », retrace le Pr Dubus. « Le fait que l'institution pénètre à l'intérieur de l'université permet de régénérer son image vieillotte. C'est une façon d'imprimer la réalité de l'Ordre au plus tôt et de leur offrir une ouverture indispensable vers le monde professionnel », complète le D<sup>r</sup> Domblides.

## Des réponses concrètes aux étudiants

Au sein de la permanence, étudiants et internes trouvent des réponses à leurs interrogations sur l'installation en libéral, les remplacements ou les contrats d'association. « Il est primordial d'aborder ces questions dès la fin de l'externat pour prévoir l'avenir », estime Hugo Iliciukas, interne en 5<sup>e</sup> semestre de néphrologie et représentant de l'Association des internes des hôpitaux de Bordeaux (AIHB). « C'est une opportunité pour poser des questions sur tout ce qui porte sur l'exercice de la médecine, les parcours existants et les zones blanches », ajoute Célia Codognotto, étudiante en 3<sup>e</sup> année et présidente de l'association des Carabins de Bordeaux. « C'est un moyen de les renvoyer vers les départements afin qu'ils puissent être pris en charge, aidés pour un projet de remplacement ou d'installation », précise le D<sup>r</sup> Domblides.

## Un partenariat gagnant-gagnant

Parmi les actions emblématiques : la présence du Crom aux conseils d'UFR<sup>1</sup> de Bordeaux, Limoges et

Poitiers, au jury de Contrat d'engagement de service public, aux oraux de passage en 2<sup>e</sup> année, à la remise des stéthoscopes et lors du Forum des jeunes médecins généralistes. Un module pratique avec une juriste du Crom en 6<sup>e</sup> année a également été mis en place. « Quand je visse ma plaque ou signe mon contrat de médecin, je m'engage à quoi ? Il faut commencer à leur parler éthique et déontologie dès qu'ils sont jeunes », assure le D<sup>r</sup> Florence Graneri, médecin généraliste et secrétaire générale du Crom. « Établir des liens assez tôt dans le cursus avec leur instance de tutelle facilite la transition du statut d'étudiant au statut de médecin thésé », analyse le Pr Pierre Merville, doyen de l'UFR de Sciences médicales. « L'Ordre reste une institution un peu opaque. Ce rapprochement est utile pour mieux connaître ses missions et savoir ce qu'il peut nous apporter », confirme Balthazar Richard, interne en 5<sup>e</sup> semestre de néphrologie et représentant de l'AIHB. Le Pr Merville voit cette action comme un moyen de remonter les difficultés auxquelles sont confrontés les étudiants. « Les études sont longues et complexes et les étudiants, soumis à la précarité, ne se portent pas aussi bien qu'on le souhaiterait », déplore-t-il. Pour soutenir ceux qui ne sont pas éligibles aux bourses, le Crom souhaite mettre en place une aide financière similaire à celle développée par le Crom des Hauts-de-France. « Il faut pérenniser cette action au-delà des individus, l'institutionnaliser », conclut le D<sup>r</sup> Domblides.



+ D'INFOS <https://youtu.be/hJTdViUjJkg>



←  
**Le D<sup>r</sup> Philippe Dombides, président du Crom Nouvelle-Aquitaine, est convaincu de l'importance d'accompagner les futurs médecins dès leurs premières années d'études.**

**Les médecins sont à l'écoute des questionnements de leurs futurs conseillers et confrères.**  
 ↓



↑  
**Cette permanence du Crom dans les locaux de l'Université est une première au niveau national.**



**Étudiants et internes peuvent se renseigner concrètement sur les différents modes d'exercices.**  
 →



# DES MÉDECINS ITINÉRANTS DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX

**Demander peu à beaucoup de médecins : c'est le mantra de Médecins Solidaires. Créée en 2022, cette association a ouvert huit centres de santé dans des territoires sous-dotés en médecins généralistes. Reportage à Bellegarde-en-Marche, dans la Creuse.**

Texte : Aude Borel | Photos : Sylvie Dupic

**C**e mardi matin, le flot ininterrompu de voitures ne vient pas troubler le troupeau de moutons installé aux abords du centre de santé de Bellegarde-en-Marche. Depuis son ouverture en juin 2023, sa salle d'attente ne désemplit pas. Chaque semaine, deux médecins généralistes viennent assurer la continuité des soins. La notion de « temps partagé » est au cœur du dispositif imaginé par le D<sup>r</sup> Martial Jardel, président de Médecins Solidaires : « Nous avons créé un véhicule qui permet de canaliser l'énergie médicale contributive disponible. Au lieu de demander beaucoup à peu de médecins, on demande peu à beaucoup de médecins. » 650 médecins généralistes sont déjà engagés dans cette aventure collective. Retraités, installés ou jeunes, ils viennent des quatre coins de la France. Ils sont rémunérés 1000 euros la semaine. L'association se charge du logement et leur fournit un véhicule. Toute l'année, des coordinatrices épaulent les praticiens. Elles gèrent l'accueil des patients, les plannings, l'administratif, les stocks, l'inventaire et la transmission des dossiers. « Nous sommes l'élément stable, le trait d'union entre les patients et les médecins », décrit Emmanuelle Albert. « Le médecin va être en total confort pour exercer son art, sans se soucier des questions logistiques. C'est la condition de la récurrence du médecin », complète le D<sup>r</sup> Jardel.

## Jeunes, installés ou retraités

Retraité depuis 2020 après avoir exercé 36 ans dans le Val-d'Oise, le D<sup>r</sup> Catherine Domaine entame sa septième semaine à Bellegarde-en-Marche. « J'ai été séduite par le concept, je l'ai trouvé émouvant par l'éthique qui en ressortait et l'empathie qu'il pouvait y avoir à l'égard des médecins candidats et de tout le personnel », développe-t-elle. « Il y a un esprit d'équipe entre tous ceux qui assurent le fonctionnement de la structure et mettent de l'huile dans le système », précise le D<sup>r</sup> Claude Fabry. Pour ce retraité qui a fait le

déplacement depuis la Dordogne, être médecin solidaire « c'est un engagement, c'est apporter un soutien à une population dans le besoin et aux médecins du secteur qui croulent sous le travail ».

## Connecter médecins et territoires

Le roulement des praticiens ne semble pas bousculer les patients. Ce matin-là, pour la sixième fois, Jean-Louis a fait 20 kilomètres pour venir consulter. « Je n'avais plus de médecin traitant depuis deux ans. Je trouve bien que les médecins changent à chaque fois, ils n'ont pas toujours les mêmes questions ni le même avis », estime-t-il. 2300 patients ont choisi le centre de Bellegarde-en-Marche comme « médecin traitant », dont 25,4 % en affection longue durée. Les huit centres Médecins Solidaires implantés dans la Creuse, la Nièvre, les Deux-Sèvres, l'Indre, en Haute-Vienne, dans les Deux-Sèvres et le Lot-et-Garonne comptabilisent à ce jour 41000 consultations. « Ce modèle va aider à résorber la désertification, donner des idées aux jeunes médecins quant à la manière de pratiquer, et leur donner envie de s'installer », observe le D<sup>r</sup> Domaine. « Médecins Solidaires ne va pas régler la question de l'inégalité d'accès aux soins mais nous faisons la démonstration qu'il est possible de proposer une offre de soins complémentaire par l'innovation organisationnelle », soutient le D<sup>r</sup> Jardel. Selon ses calculs, si 100 % des médecins généralistes s'impliquaient dans le dispositif, 1500 centres de santé pourraient être déployés sur le territoire.



+ D'INFOS <https://youtu.be/2mL4pJXhJSg>



←  
Le centre  
de Bellegarde-en-Marche  
est ouvert depuis juin 2023,  
et ne désemplit pas depuis.

**650 médecins généralistes venus  
de toute la France sont engagés  
dans l'aventure Médecins Solidaires.**  
↓



↑  
**Retraitée, le D<sup>r</sup> Catherine  
Domaine a choisi  
de mettre ponctuellement  
son expérience au service  
des habitants de la Creuse.**



**La démographie  
médicale est  
tendue en Creuse**  
Le D<sup>r</sup> Claude Fabry  
a rejoint l'aventure  
Médecins Solidaires  
en partie  
pour soulager  
les médecins  
du secteur.  
→

HANDICAP

# L'accueil et la prise en charge des patients en situation de handicap

Texte : Eva Jednak

**En 2024, la commission Handicap du Cnom a mené une enquête visant à recueillir le vécu et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des personnes en situation de handicap.**

## Le point de vue de l'Ordre



**DR CLAIRE SIRET,**  
présidente de la commission  
Handicap et de la section  
Santé publique du Cnom

L'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en situation de handicap est une priorité pour le Cnom. C'est dans l'optique de mieux répondre à cet enjeu de santé publique qu'a été créée, en février 2023, la commission Handicap.

La commission a initié une étude approfondie afin d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins en matière d'accès aux soins pour ces patients. En identifiant les obstacles rencontrés et les besoins des professionnels de santé, cette étude a pour objectif de relayer leur parole et de promouvoir un accès aux soins plus équitable et inclusif.

**P**our réaliser cette étude, la commission Handicap a travaillé en collaboration avec le service Études et recherches statistiques du Cnom afin d'élaborer un questionnaire.

Ce dernier comporte une soixantaine de questions réparties en cinq rubriques, couvrant les thématiques suivantes : l'environnement de travail, la prise en charge des patients en situation de handicap, les ressentis et attitudes vis-à-vis de la prise en charge du patient en situation de handicap, l'accès à la formation et enfin l'accès à l'information. Le questionnaire a été envoyé à tous les médecins actifs au cours des cinq dernières années recevant les communications ordinaires. Au total, 124 928 médecins ont reçu le questionnaire entre mai et septembre 2024, et 7762 y ont répondu.

## Les enseignements

Les répondants reconnaissent les difficultés persistantes liées à la prise en charge des situations de handicap, qui

varient selon chaque patient et chaque contexte. Cette responsabilité ne repose pas uniquement sur les médecins, mais aussi sur les pouvoirs publics qui doivent fournir les moyens nécessaires pour garantir des soins de qualité.

## Les pistes d'amélioration

De nombreux répondants ont exprimé leurs attentes en matière de formation, de conditions d'exercice et de rémunération. Redonner du temps aux médecins, mobiliser des ressources adaptées et suffisantes, former les professionnels, organiser des parcours de soins coordonnés et pluriprofessionnels... De nombreuses pistes ont été formulées. Les médecins ont également souligné l'importance du financement, qui doit bénéficier à la fois aux patients et à la profession, ainsi que la nécessité de simplifier les démarches administratives, encore trop souvent un frein à une prise en charge globale efficace.

## Le cas des médecins en situation de handicap

Une partie du questionnaire abordait la situation des étudiants et des médecins qui exercent en étant eux-mêmes en situation de handicap. Le manque de soutien et de dispositifs adaptés dans tous les domaines est déploré par les concernés. De sérieuses améliorations sont à mettre en œuvre pour leur garantir une meilleure inclusion et un accompagnement adéquat tout au long de leur carrière.

**+ D'INFOS** Le lien vers l'intégralité de l'enquête

## Un référentiel dédié aux médecins

Au regard des réponses, l'idée de créer un référentiel destiné aux médecins a émergé. Ce guide recense les obligations légales et les normes actuelles concernant l'accueil des patients en situation de handicap. Il inclut des informations sur l'accessibilité des locaux, les équipements nécessaires ou recommandés pour améliorer la prise en charge, les démarches administratives à suivre pour se conformer aux exigences légales, ainsi que les aides financières disponibles, notamment le fonds territorial d'accessibilité.

**+ D'INFOS** Le lien vers le référentiel

## Sélection de résultats de l'enquête

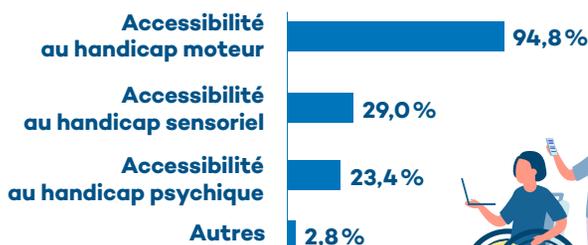


# 41%

des répondants déclarent avoir déjà apporté des modifications concernant l'accessibilité à leur cabinet.

### L'environnement de travail

#### Pour quel type de handicap ?



### La prise en charge du patient en situation de handicap

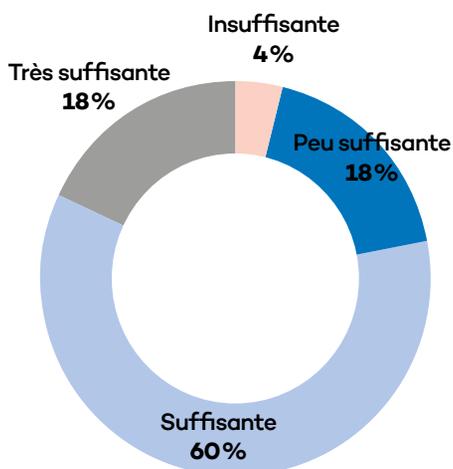
**97%** des répondants acceptent des aidants lors des consultations.

**96%** des répondants précisent qu'ils ont au sein de leur patientèle des patients en situation de handicap.

**76%** des médecins disent ne ressentir aucune difficulté pour recevoir les personnes en situation de handicap. 24% des répondants trouvent cela difficile.

### Les ressentis et attitudes vis-à-vis de la prise en charge du patient en situation de handicap

#### Comment les médecins évaluent-ils leur prise en charge ?

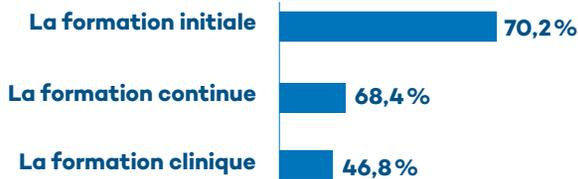


### L'accès à la formation

**77%** des médecins estiment insuffisante la formation initiale, continue, qu'elle soit théorique ou clinique



#### Les formations à améliorer, selon les répondants



### L'accès à l'information

- **91%** des médecins répondent favorablement à l'idée de la création d'une fiche type remplie et apportée par le patient qui résumerait son handicap et ses spécificités de prise en charge.
- **56%** ne sont pas au fait des aides sociales dont leurs patients peuvent bénéficier.
- **86%** déclarent ne pas connaître l'annuaire des lieux de soins dédiés mis en place par AFP France Handicap



## Les dispositifs médicaux connectés : des avancées et des défis

**Tensiomètre, cardiofréquencemètre, glucomètre ou encore oxymètre : le champ d'application des dispositifs médicaux connectés ne cesse de s'élargir. Comment s'inscrivent-ils dans la pratique aujourd'hui, pour quels avantages et quelles limites ?**

Texte : Geoffrey Dirat | Photos : Getty Images

### Avec...



**D<sup>r</sup> BRUNO MELLET,**  
stomatologiste,  
conseiller national de  
l'Ordre des médecins



**VINCENT VERCAMER,**  
directeur de projets  
à la délégation  
au numérique en santé  
du ministère de la Santé  
et de l'Accès aux soins



**D<sup>r</sup> JEAN-FRANÇOIS  
THÉBAUD,**  
cardiologue à la retraite,  
vice-président de la  
Fédération française  
des diabétiques

### L'ESSENTIEL

- Un dispositif médical connecté (DMC) est un instrument, un appareil ou un système utilisé à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, doté de capteurs et de technologies de connectivité (Wi-Fi, bluetooth, réseau cellulaire, etc.) permettant de collecter, transmettre, analyser et stocker des données de santé en temps réel.
- Ces données transmises vers des plateformes numériques ou des professionnels de santé permettent une surveillance continue, une détection précoce des anomalies et une adaptation des traitements, améliorant ainsi la réactivité clinique et la qualité des soins.
- Les DMC sont soumis à des réglementations et des normes strictes. Ils doivent répondre à des exigences essentielles de sécurité et de performance qui sont attestées par l'apposition du marquage CE Médical.

D<sup>r</sup> Bruno Mellet

**Les dispositifs médicaux connectés (DMC) sont devenus des outils incontournables.** Ils jouent désormais un rôle essentiel dans la pratique médicale en étant utilisés à des degrés divers selon les spécialités. **Qu'il s'agisse de capteurs physiologiques, d'implants connectés ou de systèmes de télésurveillance, ils permettent un suivi en temps réel des constantes physiologiques et donc de détecter précocement des dysfonctions.** Les tensiomètres ou les cardiofréquencesmètres aident par exemple à prévenir les accidents cardiovasculaires. La télécardiologie permet de monitorer les paramètres d'un pacemaker ou de contrôler à distance l'action d'un défibrillateur implantable. Les oxymètres de pouls sont utiles pour la surveillance des patients atteints de BPCO ou la prévention des apnées du sommeil. Quant aux glucomètres connectés, ils ont considérablement facilité le suivi et l'analyse des courbes glycémiques à l'aide d'un simple smartphone. Les DMC évoluent et innovent constamment, comme avec les stéthoscopes connectés. Les modèles les plus avancés ne se contentent pas de transmettre les sons, ils les analysent grâce à des algorithmes en mesure de détecter des anomalies cardiaques ou pulmonaires.

## Quelle place occupent aujourd'hui les objets et dispositifs médicaux connectés dans le monde de la santé et dans la pratique médicale ?

Vincent Vercaemer

**Les objets et dispositifs médicaux connectés sont omniprésents dans la médecine moderne.** On

les retrouve dans les cabinets des professionnels de santé libéraux (échographes, tensiomètres...), dans les établissements (scopes, pompes à perfusion...), aux urgences (multiparamétriques et défibrillateurs, ECG...) et chez les patients (autotensiomètre, glucomètres, prothèses cardiaques...). **Quand ils sont bien utilisés, par les usagers comme par les professionnels, ils peuvent être utiles à toutes les étapes du parcours de soins : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi, etc.** Dans l'ensemble, les médecins sont de plus en plus demandeurs, notamment pour le suivi des maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète. Grâce aux DMC, ils peuvent facilement disposer d'un bilan synthétique des données enregistrées entre deux rendez-vous. En phase de dépistage précoce, les DMC peuvent aussi leur fournir des paramètres plus précis que les impressions d'un patient qui déclare des symptômes datant de plusieurs semaines.

D<sup>r</sup> Jean-François Thébaud

**Qu'ils recueillent des données physiologiques ou des paramètres cliniques, cela fait longtemps que les DMC existent.** Leur place est aujourd'hui grandissante, mais elle est encore en devenir. Leur utilisation reste assez limitée à certaines spécialités médicales, comme la cardiologie, l'endocrinologie ou l'oncologie. Ils percent moins chez les médecins généralistes, qui n'ont pas toujours le temps de s'en servir, alors qu'ils peuvent leur être très utiles pour le suivi et la prise en charge des maladies chroniques. **En matière de diabète, les capteurs de glycémie ont littéralement changé la vie des patients. Ils n'ont plus à se piquer plusieurs fois par jour pour contrôler leur taux de glucose, dont les capteurs les plus récents peuvent même prédire l'évolution.** Cela améliore leur qualité de vie et réduit le fardeau de la maladie. Quant aux parents d'enfants diabétiques, qui pouvaient vivre un enfer la nuit, ils peuvent maintenant dormir tranquilles.

D<sup>r</sup> Bruno Mellet

### **Les principaux risques associés aux DMC concernent la confidentialité et la sécurité des données échangées.**

En cas de cyberattaque, des informations sensibles peuvent être détournées ou perdues. Le pilotage des dispositifs peut également être compromis et le suivi des signes vitaux des patients interrompu. La cybersécurité est donc un impératif pour tous les fabricants de DMC qui doivent aussi garantir la fiabilité de leurs appareils.

**D'autres risques existent en matière d'accessibilité car ces technologies peuvent avoir un coût élevé et ne sont pas toujours faciles à utiliser, notamment pour les personnes âgées ou peu à l'aise avec le numérique.**

Les avantages sont en revanche nombreux. On l'a vu, les DMC facilitent le suivi à distance des patients en permettant une meilleure anticipation des complications. Grâce aux données collectées en continu, ils améliorent la précision des diagnostics et bonifient les décisions thérapeutiques. Ils participent également à l'autonomisation des patients en favorisant leur engagement et leur responsabilisation. Enfin, ils contribuent à la réduction des hospitalisations et à l'optimisation des coûts de santé.

# L'utilisation des DMC comporte-t-elle des risques ? Quels avantages peuvent-ils avoir dans la prise en charge des patients ?

Vincent  
Vercamer

### **Comme tous les outils numériques, les dispositifs médicaux connectés sont vulnérables aux cyberattaques, ce qui peut compromettre la sécurité des données sensibles ou perturber leur fonctionnement.**

Aujourd'hui, la compatibilité entre différents dispositifs reste un défi, ce qui peut limiter l'efficacité globale d'un système de santé connecté. Enfin, il y a les enjeux du « bon usage » inhérents à tout produit de santé.

**Sans formation adaptée, une mauvaise utilisation ou une mauvaise interprétation des données peut compromettre les décisions cliniques.**

Ce dernier point doit cependant être mis en balance avec la perte de chance pour l'usager de ne pas avoir accès à certaines avancées technologiques disponibles. Au niveau des avantages, les DMC améliorent le suivi médical en permettant une gestion plus efficace des maladies chroniques, des dépistages ou des diagnostics plus rapides et des interventions plus précoces. Ils entraînent une réduction des hospitalisations grâce au suivi à distance des patients. Ils permettent également une personnalisation des plans de soins aux besoins et un engagement accru du patient. Enfin, ils facilitent et améliorent le travail des professionnels de santé.

D<sup>r</sup> Jean-  
François  
Thébaud

### **Outre les enjeux de cybersécurité, qui sont fondamentaux, les risques peuvent résulter d'un mauvais usage.**

Les DMC nécessitent de donner une éducation thérapeutique aux patients afin qu'ils comprennent comment ils fonctionnent pour éviter les erreurs de mesures, mais aussi qu'ils sachent comment réagir selon les résultats qu'ils obtiennent. **Dans le cas du diabète, si le patient se trompe et ajuste mal son insuline, il peut très vite se retrouver en hyper ou en hypoglycémie, dont les conséquences peuvent être sévères.**

Grâce aux glucomètres connectés, le médecin peut surveiller à distance et de manière asynchrone ses patients diabétiques. Habituellement, le suivi se faisait avec la mesure de l'hémoglobine glyquée tous les trois mois. Avec les données transmises par les capteurs, les praticiens peuvent dorénavant mesurer le temps passé dans la plage de glycémie cible, ce qui leur permet de personnaliser et d'adapter les traitements en conséquence.

D<sup>r</sup> Bruno Mellet

### L'usage des biocapteurs ou des implants connectés va se développer à d'autres secteurs de la médecine.

L'expansion de la télémédecine et de la télésurveillance à la suite d'une hospitalisation devrait permettre de mieux couvrir les zones sous-dotées. **On peut aussi**

**anticiper une meilleure coordination des soins et une implication plus forte des patients grâce à des applications dédiées ou au dossier médical partagé (DMP).** Couplés à

des chatbots ou des assistants médicaux, les DMC seront probablement capables d'assurer un triage plus efficace aux urgences ou en consultation.

En attendant, leur encadrement est assuré par le règlement général de protection des données (RGPD) et par une réglementation européenne plus stricte, le MDR, pour Medical Device Regulation. Ces textes se complètent et visent à assurer la fiabilité des dispositifs, et leur innocuité, mais aussi la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des données.

À terme, l'enjeu sera de renforcer les normes de cybersécurité, de standardiser les données pour accroître l'interopérabilité des outils et de former les professionnels de la santé à ces nouvelles technologies.

## Quelle place les DMC pourraient-ils prendre à l'avenir? Leur encadrement actuel est-il suffisant?

Vincent Vercamer

### Les dispositifs médicaux connectés vont jouer un rôle de plus en plus important dans l'avenir de la santé.

Grâce à l'intelligence artificielle et au développement continu de l'Internet des objets, ils vont permettre de s'approcher un peu plus d'une médecine 5P — prédictive, personnalisée, préventive, participative et basée sur les preuves — et ils vont rendre la télémédecine et la gestion des maladies chroniques encore plus efficaces.

**A l'heure actuelle, les réglementations européennes MDR et IVDR (In Vitro Diagnostic Regulation) garantissent un haut niveau de sécurité et de performance des dispositifs marqués «CE Médical».**

Cependant, certains aspects non médicaux ne sont encore que partiellement régulés, comme l'intégration avec les systèmes d'information en santé. Cet enjeu d'interopérabilité est critique car il faut que les données circulent tout en garantissant leur sécurité et leur confidentialité. L'entrée en vigueur l'an dernier du Data Act impose aux fabricants de garantir un accès sécurisé aux données générées par ces dispositifs. Cela pourrait nécessiter des adaptations techniques afin de créer les conditions favorables à l'émergence d'innovations utiles pour la santé des citoyens qui s'appuient sur les données générées par ces DMC.

D<sup>r</sup> Jean-François Thébaud

**Le cadre réglementaire est assez exigeant, voire parfois trop restrictif, quand les DMC sont remboursés par la collectivité.** Afin d'être enregistrés à l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), ils doivent d'abord obtenir la certification CE Médical prouvant qu'ils respectent la réglementation européenne qui est assez stricte, à juste titre. Ensuite, pour être pris en charge par l'Assurance maladie, ils doivent être évalués par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) de la Haute Autorité de santé en démontrant leur service attendu (SA).

À côté, c'est le règne du n'importe quoi. **Il y a une multitude d'objets connectés, de bien-être qui ne sont soumis à aucune réglementation. La Fédération a dernièrement été alertée au sujet de publicités pour des montres qui prétendent mesurer la glycémie sans piqûre.** C'est une arnaque que nous avons signalée à la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes). S'agissant de la place que les DMC prendront à l'avenir, elle sera à coup sûr plus grande, l'espoir étant que l'intelligence artificielle puisse analyser et extrapoler les quantités astronomiques de données de santé qui vont être générées.

La santé passe par l'alimentation, ce n'est pas une surprise. « Que l'aliment soit ton premier médicament », clamait déjà Hippocrate. Ce qui est nouveau, c'est que l'accès à une alimentation saine et variée est de plus en plus difficile pour les Français, en particulier depuis la pandémie de Covid. Et manger sainement (ou pas) est très corrélé aux inégalités sociales et économiques. Le risque ? Une hausse des maladies liées à la malnutrition.

Texte : Éric Allermoz  
Photos : DR, Getty

# ALIMENTATION ET SANTÉ : LES INÉGALITÉS SONT AUSSI DANS L'ASSIETTE



**L'**alimentation est un pilier de la santé et de sa prévention. Différentes études mettent en avant l'influence de l'alimentation sur l'état de santé en général. Manger trop ou pas assez peut avoir des conséquences sur le corps, tout comme une

alimentation trop riche ou trop salée.

Le risque de développer de nombreuses maladies – cancers, maladies cardiovasculaires, obésité ou encore diabète de type 2 et dénutrition – peut être réduit en suivant les recommandations nutritionnelles nationales et en adoptant une alimentation équilibrée.

Notre assiette est donc plus que jamais un enjeu de santé publique. Mais ce qui alarme les spécialistes, c'est l'augmentation de la précarité alimentaire en France et son impact énorme sur le corps. On note aussi une inquiétude grandissante face au développement endémique de l'obésité. Le scorbut, maladie qu'on croyait disparue, est de retour, les hospitalisations d'enfants souffrant de malnutrition sévère sont en hausse. Dans chacune de ces situations, le poids des inégalités sociales et économiques est prépondérant.

Pourtant, des solutions existent, en particulier auprès des publics les moins favorisés. Cela va d'une prévention accrue et précoce des médecins à des politiques en santé publique plus efficaces et moins soumises aux pressions des lobbys. L'enjeu est d'envergure : réduire toute une série de pathologies liées à ce que l'on mange. • →

# L'ACCÈS À UNE BONNE ALIMENTATION

## SE DÉGRADE, LA SANTÉ AUSSI

**S**elon le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc), 16 % des Français ne mangent pas à leur faim. Ce chiffre grimpe à 24 % pour les moins de 40 ans. Même constat du côté des banques alimentaires, qui ont vu le nombre de personnes accueillies augmenter de près de 30 % en trois ans, pour atteindre 2,6 millions de personnes. *«L'augmentation de la précarité, notamment alimentaire, en France a des conséquences potentiellement graves sur la santé physique, comme un risque accru d'être en situation d'obésité ou de surpoids, et sur la santé mentale telles que la dépression et l'anxiété»*, confirme le D<sup>r</sup> Vanessa Cottet, épidémiologiste au CHU de Dijon, présidente de la Fédération française de nutrition.

### L'obésité chez les 18-24 ans multipliée par quatre en 30 ans

Autre constat alarmant : l'obésité et le surpoids progressent en France depuis trente ans. Selon l'étude épidémiologique nationale sur le poids et l'obésité de la Ligue nationale contre l'obésité, en 2024, près de 10 millions de Français âgés de 18 ans et plus sont en situation d'obésité. Considérés simultanément, l'obésité et le surpoids concernent près d'un adulte sur deux. *«Depuis 1997, l'obésité chez les 18-24 ans a été multipliée par plus de 4, et par près de 3 chez les 25-34 ans, quand l'augmentation chez les 55 ans est plus faible depuis 2009»*, rapporte le D<sup>r</sup> Frédérique Nassoy-Stehlin, vice-présidente de la section Santé publique du Cnom. *Chez les enfants, on constate une stabilisation, certainement grâce à la prise en charge plus précoce et pluridisciplinaire par les professionnels de santé.»*



### Lien entre insécurité alimentaire et obésité

Si les causes de l'obésité et du surpoids sont multifactorielles (activité physique, sédentarité, traitements médicamenteux, génétique, environnement), les habitudes alimentaires jouent bel et bien un rôle important. Pour le Centre de ressources et d'in-

formations nutritionnelles, le risque d'être en surpoids ou en situation d'obésité augmente de plus de 20 % chez les personnes en insécurité alimentaire. Non sans conséquences : selon l'Organisation mondiale de la santé, l'obésité et le surpoids constituent la cinquième cause de mortalité dans le monde. •



### témoignage

**D<sup>r</sup> VANESSA COTTET**,  
épidémiologiste au CHU  
de Dijon, présidente  
de la Fédération française  
de nutrition.

## « Il faut créer une consultation diététique »

«Plusieurs phénomènes, comme le vieillissement de notre population ou la surconsommation de produits de qualité nutritionnelle médiocre, tendent à donner un rôle encore plus crucial à l'alimentation et à l'activité physique pour les années à venir. Il faut donner en France plus de moyens pour la prévention. Pour la prise en charge de l'obésité ou de la dénutrition, la formation des médecins, le remboursement des consultations diététiques ou d'activité physique adaptée, ainsi que le nombre de diététiciens bien formés et disponibles sur l'ensemble du territoire, sont des enjeux majeurs de santé publique.»

# MALNUTRITION : LE POIDS DES INÉGALITÉS

**L**es habitudes et modes de consommation alimentaires des Français sont-ils un miroir des inégalités sociales ?

Oui, selon l'étude épidémiologique nationale sur le poids et l'obésité de la Ligue nationale contre l'obésité : 24,7 % des personnes déclarant rencontrer des difficultés économiques dans leur foyer sont touchées par l'obésité. La HAS rappelle aussi que cette maladie chronique est presque quatre fois plus fréquente chez les personnes défavorisées socialement. Il y a 1 % d'enfants obèses chez les enfants de cadres, 6 % dans les familles plus modestes.

## Plus de boissons sucrées, moins de fruits et légumes

Comment expliquer ces chiffres ? L'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae) affirme que les Français, quels que soient leurs revenus, consomment en moyenne des quantités équivalentes de produits gras, sucrés, salés, de viande et de poisson. Cependant, deux catégories de produits, primordiales en termes de santé, sortent de cette homogénéité : les plus diplômés et les plus aisés consomment deux fois moins de boissons sucrées et deux fois plus de fruits et légumes que les personnes en situation de précarité alimentaire. « Ces études montrent que, sans être criantes, les inégalités sociales marquent donc l'alimentation et en particulier l'équilibre nutritionnel des modes de consommation, amplifiées par l'accumulation d'autres facteurs comme la consommation d'alcool, de produits ultratransformés ou le manque d'activité physique », pour le Dr Vanessa Cottet.

Ulrich Meinzer, professeur de pédiatrie à l'hôpital Robert-Debré et auteur d'une étude sur le retour du scorbut en France (*lire page suivante*), estime quant à lui que « la crise de la Covid-19, la guerre en Ukraine, l'aug-

mentation des coûts de l'énergie et les prix en hausse des denrées alimentaires limitent depuis cinq ans l'accès aux fruits et légumes, aux produits variés, moins gras et sucrés mais plus chers, en particulier pour les personnes en situation de précarité ». Et c'est la malbouffe qui en profite : des aliments disponibles quasiment partout, souvent transformés et dont les qualités nutritionnelles sont basses, très caloriques, riches en (mauvais) gras, en sucres et en sel, conditionnés par les industriels afin de les rendre attractifs (prix, packaging, etc.) et avec des portions plus importantes.

## Des causes multifactorielles

D'autres facteurs entrent en jeu. Les zones défavorisées sont moins bien dotées en infrastructures sportives pour pratiquer des activités physiques. Il y a moins de commerces disposant d'une offre d'ali-



ments de qualité à prix raisonnable, etc. Les difficultés financières ou professionnelles constituent également un stress chronique, qui est l'un des facteurs déterminants des troubles du comportement alimentaire. Enfin, le coût de la prise en charge des maladies liées à l'obésité est élevé puisqu'il implique souvent des consultations chez des diététiciens et des psychologues dont les tarifs ne sont, en règle générale, ni encadrés ni remboursés par l'Assurance maladie. •



### témoignage

**DR<sup>e</sup> FRÉDÉRIQUE NASSOY-STEHLIN**, vice-présidente de la section Santé publique du Cnom

## « Il ne faut jamais banaliser une prise de poids »

« Les médecins doivent rester vigilants face à la prise de poids insidieuse d'un patient, interroger la pratique d'activité physique, la place des écrans, etc. Nous ne devons pas parler de régime, mais de rééquilibrage alimentaire et surtout faire preuve de pédagogie et d'empathie pour ne pas stigmatiser. Le Cnom publiera dans les prochains mois un rapport consacré à la nutrition qui constitue un pilier essentiel de la prévention primaire. »

# LE RETOUR INQUIÉTANT DU SCORBUT

**C'est une vieille maladie qu'on croyait disparue. Le scorbut, causé par une carence profonde et prolongée en vitamines C, progresse en France.**

**F**in 2024, une équipe de chercheurs français, pour la plupart rattachés à l'hôpital pédiatrique Robert-Debré, à Paris, a pour la première fois analysé cette tendance dans une étude publiée en décembre 2024 dans la déclinaison européenne de la revue *The Lancet Regional Health*. Entre 2015 et 2023, les pédiatres ont recensé 888 cas de scorbut chez des enfants. Un chiffre probablement sous-évalué tant la maladie est difficile à diagnostiquer. « *Ce n'est pas une explosion, cette pathologie reste rare. Cependant l'augmentation est significative et régulière, en particulier depuis la pandémie de Covid-19* », insiste le Pr Ulrich Meinzer. Le nombre d'hospitalisations de mineurs augmente en effet de 34,5 % entre mars 2020 et novembre 2023. Cette hausse atteint même 200 % chez les 5 à 10 ans\*. Sans compter que les cas de malnutrition sévère se sont accrus de 20 % sur cette même période post-Covid. « *Ces données sont évidemment inquiétantes* », alerte le Pr Meinzer.

## Forme extrême de précarité alimentaire

Auparavant surnommée la « maladie des marins », cette pathologie peut être responsable, entre autres, de douleurs osseuses intenses et d'une faiblesse musculaire invalidante, d'hémorragies et d'une altération de l'état général. L'étude pointe un lien entre le retour du scorbut et des habitudes alimentaires déséquilibrées (souvent en lien avec les niveaux de vie). « *Des infirmières nous si-*



*gnalent de plus en plus souvent des familles qui n'ont pas mangé faute de moyens. Cette maladie est une forme extrême de la précarité alimentaire, à laquelle sont confrontés aussi bien les pédiatres libéraux qu'hospitaliers. Mais si on ne fait rien, le phénomène risque de perdurer, voire s'accroître* », poursuit le Pr Ulrich Meinzer. D'autant que des signaux montrent que la précarité alimentaire s'installe durablement dans l'Hexagone. Selon un rapport du Crédoc, 41 % des Français se restreignent sur les dépenses alimentaires, un chiffre qui a doublé depuis 2020. •

\* Chiffres issus de la base de données « Programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI), qui recueille l'ensemble des données d'hospitalisation en France.



### témoignage

**PR ULRICH MEINZER,**  
pédiatre à l'hôpital  
Robert-Debré à Paris

## « Les médecins sont en première ligne »

« Les médecins sont en première ligne dans la prévention précoce de l'obésité et des problèmes de nutrition, surtout chez les enfants et les plus vulnérables. Leur rôle dépasse le diagnostic, incluant la sensibilisation aux effets de la précarité. Ils ont également une mission d'alerte et de plaidoyer collectif, notamment via l'Ordre des médecins, en faveur de politiques de santé publique plus décisives. Pour cela, ils devraient pouvoir s'appuyer davantage sur une collaboration étroite avec les médecins de santé publique, les chercheurs, les travailleurs sociaux et les décideurs politiques. »

# FACE À LA MALNUTRITION, DES SOLUTIONS EXISTENT

**S**elon le baromètre Cancer 2021, environ 40 % des Français ne se sentent pas encore très bien informés sur le lien entre cancers et alimentation. «Mais 80 % d'entre eux estiment aussi que les médecins sont une source fiable d'information», précise le Dr Vanessa Cottet. Ce qui fait dire à la présidente de la Fédération française de nutrition que les professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer dans la prévention des maladies liées à l'alimentation et l'accompagnement des patients. «Un travail de sensibilisation et de formation semble aussi nécessaire pour améliorer la prévention et renforcer le dépistage des carences liée à une alimentation chez les populations à risques. Dans cette optique, par exemple, le réseau NACRe soutenu par l'INCa propose aux médecins généralistes des web-outils avec une série de courtes vidéos de formation mais aussi des documents d'information pour les patients et leurs proches, concernant la thématique nutrition

et cancer.» Mais les médecins ne pourront pas agir seuls. «Ils ont besoin de s'appuyer sur des politiques de santé publique plus robustes et incisives face à la puissance des lobbys de l'industrie agroalimentaire, en particulier s'agissant du marketing dirigé vers les enfants et les adolescents», préconise le Dr Frédérique Nassoy-Stelhin, vice-présidente de la section santé publique du Cnom.

## Priorité à la lutte contre les inégalités de santé

Le Pr Christian Pradier, chef de service du Département de santé publique du CHU de Nice, a présidé un groupe d'experts sous l'égide de Santé publique France et consacré à la «prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités de sociales de santé». Le rapport publié en juillet 2024 liste cinq recommandations. «La première stipule que la réduction des inégalités sociales de santé doit être au cœur de chaque projet de prévention du surpoids et de l'obésité. Les interventions qui visent uniquement des changements de comportements nutritionnels ont



de fortes chances d'accroître les inégalités sociales de santé», décrypte le praticien. Cette préconisation est au cœur du programme #AmStramGram' de prévention du surpoids et de l'obésité infantile, qui se déroule dans deux quartiers prioritaires de Nice (où l'obésité des enfants de maternelle est quatre fois et demie plus élevée que dans le reste de la ville). «Il a pour objectif de stabiliser, voire de diminuer ce taux en fédérant les acteurs locaux. Nous déployons 16 actions qui impactent les déterminants de l'obésité pour modifier les comportements : accès à une alimentation saine, activité physique, temps devant les écrans, soutien à la parentalité, réalisation d'aménagements urbains favorables à la santé (création de parcours de marche et d'aires d'activités, par exemple), suivi médical des enfants, la santé à l'école, etc.», détaille le Pr Christian Pradier. Parmi les autres recommandations, citons la mesure annuelle du poids et de la taille des enfants (comme au Royaume-Uni) pour suivre les tendances de l'obésité chez les enfants et les adultes. Ou encore rendre obligatoire le Nutri-Score, qui a prouvé son utilité auprès des populations les moins favorisées. •



### témoignage

**DR CHRISTIAN PRADIER,**  
chef de service  
du Département de santé  
publique du CHU de Nice.

## « Développer de nouvelles initiatives »

«C'est la prévention primaire qui est recommandée, tant il est essentiel d'agir le plus tôt possible contre l'obésité. Le défi est maintenant double. Il s'agit de disséminer et de conduire des interventions, issues notamment de la recherche française et ayant fait la preuve de leur efficacité. L'enjeu consiste également à développer de nouvelles initiatives ciblées à partir du corpus des recherches internationales les plus récentes et les plus efficaces.»

# ATTENTION AUX PSEUDO- EXPERTS DE LA NUTRITION

« **L**es réseaux sociaux regorgent d'experts autoproclamés en nutrition, de coaches, conseillers 2.0 ou d'influenceurs qui revendiquent des certifications sans valeur. Certains sont même de véritables gourous », tance sans ambages le D<sup>r</sup> Frédérique Nassoy-Stelhin. Un constat partagé par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires qui a récemment pointé la croissance des dérives sectaires dans le domaine de l'alimentation. Sur son site Internet, la Miviludes affirme que certaines organisations peuvent faire de la nutrition une forme d'alternative pour la santé, vantant des pratiques de détoxination qui peuvent comporter des règles alimentaires déséquilibrées, carencées, voire extrêmes. « Il existe des pratiques de

jeûnes "intermittents", "thérapeutiques", ou de restriction en sucres, sans aucun fondement scientifique. Elles se basent sur de fortes restrictions alimentaires pour ne pas nourrir les cellules cancéreuses. Mais c'est bel et bien le patient qu'il faut nourrir, pour qu'il soit capable d'affronter la maladie et les traitements anticancéreux », explique le P<sup>r</sup> Pierre Jésus, secrétaire général du Collectif de lutte contre la dénutrition. Le terme nutritionniste n'est pas protégé, ce qui occasionne des dérives. « Alors que cela ne devrait être porté que par des professionnels de santé ayant obtenu des diplômes reconnus et validés par des instances comme le Cnom », appuie le D<sup>r</sup> Vanessa Cottet, qui annonce mener avec la Fédération française de nutrition et le Cnom une démarche commune pour dénoncer les pseudo-experts. •



témoignage

**P<sup>r</sup> PIERRE JÉSUS**, responsable de l'Unité de nutrition au CHU de Limoges, secrétaire général du Collectif de lutte contre la dénutrition

**« Beaucoup de situations complexes pourraient être évitées »**

« On dispose, dans l'absolu, de tous les savoirs et de toutes les solutions pour empêcher la dénutrition, mais trop peu est fait, faute de moyens et de prise de conscience. Beaucoup de situations complexes pourraient être évitées en repérant mieux les premiers signes de dénutrition. Il ne faut jamais banaliser une perte de poids, et surtout peser, peser, peser les patients ! À l'instar de l'obésité, la dénutrition est impactée par les inégalités sociales et économiques des Français. »

## Deux à trois millions de Français touchés par la dénutrition

« On est dénutri quand on perd du poids, des muscles et de la force. Cette maladie survient lorsque les apports alimentaires sont insuffisants pour couvrir les besoins nutritionnels », décrypte d'emblée le P<sup>r</sup> Pierre Jésus, responsable de l'unité transversale de nutrition du CHU de Limoges. Dans un pays d'abondance alimentaire, la dénutrition touche toutes les tranches d'âge. Ainsi, 10 % des enfants hospitalisés sont concernés. Une personne dénutrie sur deux a moins de 65 ans. La maladie est souvent en lien avec une ou plusieurs pathologies sévères. Selon l'Inserm, par exemple, près de la moitié des patients atteints d'un cancer souffrent d'une dénutri-

tion qui met en péril leur survie. Autre constat alarmant : en France, 40 % des personnes âgées sont hospitalisées pour conséquences de dénutrition. Le risque de dénutrition est aussi très fréquent pour les personnes polyhandicapées (deux personnes sur trois). Là encore, les médecins sont en première ligne, en particulier dans le repérage des personnes âgées à domicile. « C'est lors des premiers kilos perdus qu'il est le plus facile d'inverser la tendance, d'engager un enrichissement alimentaire, de prescrire des compléments nutritionnels oraux ou d'orienter les patients vers des spécialistes », rappelle le P<sup>r</sup> Pierre Jésus.

# CAHIER **Mon** exercice

## 26 E-SANTÉ

Mise à jour de la charte de la téléradiologie

## 27 JURIDIQUE

Décryptage de la loi de financement de la Sécurité sociale 2025

## 28 INFORMATION

Résultat des élections dans les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins

## 29 FICHE

Mise à jour de la fiche de recensement des violences faites aux médecins

## 30-31 ÉLECTIONS

Appel à candidatures pour les élections au Conseil national de l'Ordre des médecins

## MÉDECINS REMPLAÇANTS : UTILISEZ VOTRE PROPRE CARTE DE CPS

Les médecins qui effectuent des remplacements doivent utiliser leur propre carte de professionnel de santé (CPS) pour la facturation et l'accès aux téléservices AmeliPro, conformément à l'article 10-4 de la convention médicale. De son côté, le médecin remplacé doit paramétrer la session de remplacement sur son poste Sesam-Vitale. L'usage de la CPS étant strictement individuel, prêter sa carte constitue « un procédé gravement irrégulier », selon une décision de la section des assurances sociales du Cnom datant du 26 octobre 2023. En cas de difficulté, les médecins doivent contacter leur éditeur de logiciel ou leur conseil départemental. La commande de CPS se fait via l'Agence du numérique en santé.

+ D'INFOS <https://ma-cps.esante.gouv.fr/>

## PARU AU JO

LOI N° 2025-175  
DU 24 FÉVRIER 2025  
visant à interdire les dispositifs électroniques de vapotage à usage unique

LOI N° 2025-138  
DU 17 FÉVRIER 2025  
pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives graves

LOI N° 2025-106  
DU 5 FÉVRIER 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'Assurance maladie

# MISE À JOUR DE LA CHARTE DE TÉLÉRADIOLOGIE

**Le Cnom et le Conseil national professionnel de radiologie (G4) s'engagent pour un meilleur encadrement éthique et professionnel de la téléradiologie, en actualisant leur charte de bonne pratique.**



**ELISABETH GORMAND,**  
conseillère nationale

Il n'existe pas dans la réglementation de disposition propre à la téléradiologie, qui est encadrée par les textes applicables à la télémedecine. Pour pallier ce manque, le Cnom et le G4 ont actualisé une charte élaborée pour la première fois en 2009, puis modifiée en 2015 et en 2020. Cette charte précise les bonnes pratiques, les obligations et les responsabilités des acteurs engagés dans cette pratique. Cette mise à jour répond à l'émergence de nouvelles modalités d'exercice, notamment le développement de plateformes dédiées, et vise à clarifier les responsabilités des professionnels impliqués.

La charte expose plusieurs points essentiels. En voici cinq :

- **ACTE MÉDICAL** : La téléradiologie est un acte médical à part entière. Ce dernier implique un radiologue effecteur réalisant à distance un examen pour un médecin demandeur, avec les mêmes exigences de moyens, de qualité et de sécurité que tout autre acte médical.

- **JUSTIFICATION** : L'utilisation de la téléradiologie doit être motivée par l'intérêt du patient et s'intégrer dans l'organisation des soins. Elle ne doit pas se substituer sans raison à une prise en charge radiologique locale et ne peut pallier les problèmes démographiques territoriaux.

- **ORGANISATION TERRITORIALE** : La mise en place d'une organisation territoriale de la téléradiologie est une des clefs du parcours patient, du maintien



d'un service de proximité et de l'enjeu démographique. Cette organisation doit clairement privilégier les radiologues de proximité aussi bien publics que libéraux, avec un mode de rémunération équitable afin de soutenir une démographie de proximité au service des patients.

- **RESPONSABILITÉS** : Les responsabilités respectives du médecin demandeur et du radiologue effecteur sont clairement définies. Le médecin demandeur est responsable de la prescription et de la transmission des informations cliniques pertinentes, tandis que le radiologue effecteur est responsable de l'interprétation des images et de la transmission du compte-rendu. Le médecin demandeur a également la responsabilité de l'utilisation qui sera faite de l'information contenue dans le compte-rendu transmis par le radiologue, et du contrôle de sa bonne intégration dans le dossier médical.

- **CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES** : Le respect de la confidentialité des données médicales est primordial. Le respect des règles en matière de transmission, de stockage, d'hébergement des données de santé, y compris les demandes d'examen, comptes-rendus, images, doit être effectif au regard du RGPD et des recommandations de la CNIL.

La Société française de radiologie s'engage à faire évoluer ses recommandations nationales, en coopération avec le Cnom, la HAS, les sociétés savantes concernées, le ministère de la Santé, et notamment la Direction générale de l'offre de soins, et sur le plan technique avec les industriels et les institutionnels concernés par les réseaux de télétransmission d'images.

**+ D'INFOS** la charte mise à jour.

# LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2025 : NOTRE DÉCRYPTAGE

**La loi de financement de la Sécurité sociale 2025 a été publiée le 28 février 2025. Cette loi intervient exceptionnellement deux mois après le début de l'année à laquelle elle s'applique, en raison de la censure du gouvernement Barnier, en décembre 2024. En voici les principales lignes.**



**D<sup>R</sup> RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE,**  
président de la section Exercice  
professionnel du Cnom

Avec le directeur des services juridiques,  
**FRANCISCO JORNET**

Il ressort de la loi que l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) progresse, avec une rallonge de 1 milliard d'euros de crédits supplémentaires ajoutés pour l'hôpital.

## PRINCIPALES MESURES ADOPTÉES

Nous pouvons noter l'exonération des cotisations d'assurance vieillesse pour les médecins en cumul emploi-retraite travaillant dans « une zone d'intervention prioritaire », la généralisation de l'établissement des certificats de décès par les infirmiers, et l'extension du dispositif « Mon soutien Psy », avec une prise en charge des séances chez le psychologue sans adressage médical préalable, l'interdiction des plateformes fournissant à titre principal des arrêts de travail en ligne et non prise en compte des arrêts de travail prescrits en ligne par un médecin exerçant à l'étranger.

## SOUSSION CHIMIQUE: UNE EXPÉRIMENTATION

Sur la base d'une proposition du Cnom, il a été acté l'expérimentation durant trois ans et dans trois régions, du remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique, même en l'absence de plainte préalable, pour améliorer la prise en charge des victimes potentielles. Les modalités de mise en œuvre seront définies par décret.

Des accords de maîtrise des dépenses dans les secteurs de l'imagerie, de la biologie et des transports sanitaires sont prévus. La prise en charge des dispositifs médicaux numériques sera conditionnée à la transmission de données à l'Assurance maladie, en vue de contrôler l'observance des patients.

## CENSURE DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Le Conseil constitutionnel a censuré plusieurs articles, notamment la pénalité en cas de rendez-vous

non honorés. Bien que reconnaissant l'objectif d'intérêt général de cette mesure, il a estimé que le législateur n'avait pas été suffisamment précis dans sa rédaction. Un texte mieux cadré devrait être proposé par le gouvernement prochainement.

Le Conseil constitutionnel a également censuré les dispositions relatives à l'encadrement des centres de soins non programmés, à l'intégration des praticiens-conseils dans les CPAM et à la reconnaissance législative de l'infirmier coordonnateur en Ehpad car ces dispositions sont hors du champ de la loi de financement de la Sécurité sociale.

## PRISE EN CHARGE DE CERTAINES PRESCRIPTIONS SOUS CONDITIONS

Le Conseil constitutionnel a émis des réserves d'interprétation sur un article important qui subordonne la prise en charge de certaines prescriptions lorsqu'elles sont particulièrement coûteuses pour l'Assurance maladie ou en cas de risque de mésusage, à la consultation préalable du dossier médical partagé ou à la vérification que la prescription respecte les indications de prise en charge. Le patient devra présenter un document, établi par le prescripteur, attestant de la réalisation de ces démarches.

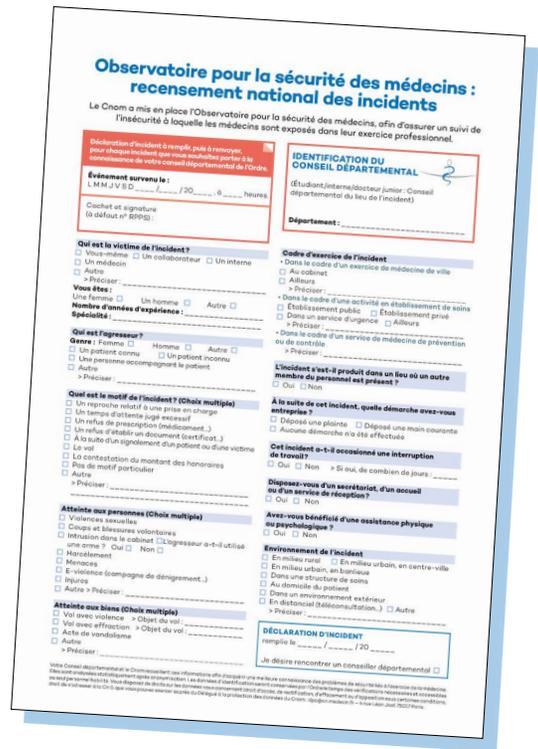
L'entrée en vigueur est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2026 et la liste sera définie par arrêté.

Le Conseil constitutionnel a indiqué qu'il appartiendra au prescripteur d'informer le patient de l'absence de prise en charge de ces prescriptions s'il ne présente pas un tel document et « en l'absence d'un tel document ou si le document indique que ces conditions n'ont pas été remplies, le prescripteur devra établir ou modifier ce document dans des délais adaptés à l'état de santé du patient et sans qu'il ne puisse en résulter des frais supplémentaires pour ce dernier ».

**VIOLENCES ENVERS LES MÉDECINS**

# Actualisation du formulaire de signalement

En cas d'agression, les médecins peuvent signaler cet acte à leur conseil départemental de l'Ordre afin d'être assistés dans leurs démarches. Ce signalement permet aussi à l'Ordre et à son Observatoire de la sécurité des médecins de connaître plus précisément la nature des événements, d'analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et d'étudier les réponses possibles. Ces données viennent également alimenter l'Observatoire européen des violences envers les médecins, créé en 2017. Le formulaire de signalement vient d'être modifié afin d'être harmonisé au niveau européen. La nouvelle version vous est présentée en page 29 de ce bulletin.



# RÉSULTATS DES ÉLECTIONS DANS LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

**Conseil départemental de la Réunion :**  
**12/02/2025**

**Titulaires (jusqu'en 2028) :**

Antok Emmanuel  
Berjeb Nadia  
Charifou Yannick  
Crescence Thomas  
Doray Bérénice  
Gazaille Virgile  
Mogalia Hanna  
Veerapen Reuben  
Vienne-Cessou Anne  
Wattebled Flore

**Suppléants (jusqu'en 2028) :**

Bettoum Christian  
Caniggia Jean-Luc  
Gouirand Stéphane  
Heye Olivier  
Lecocq Yann  
Millot-Prost Hélène

Politis Gwenaëlle  
Pouilly-Bax Alice  
Riquel Line  
Safy-Manche Lina

**Titulaires (jusqu'en 2031) :**

Anandanadaradja Ramou  
Arnoulx De Pirey-Graviere Sarah  
Domerq Alain  
Encaoua Johan  
François Lise  
Hossenbocou Mohammad  
Labat Patrick  
Lucas Véronique  
Mougin Damour Katia  
Vienne Agathe

**Suppléants (jusqu'en 2031) :**

Andriolo Elena  
Cadennes Adrien

Coulibaly Moussa  
Eychene Jean Marc  
Guillou Matthieu  
Kries Stéphanie  
Laliere Cindy  
Nedelec Claire  
Szmacinski Agathe  
Vassas Frédéric

**Conseil départemental du Nord : 09/03/2025**

**Titulaires :**

Balois Maxime  
Bodein-Martin Isabelle  
Charani Charles  
Demory Bertrand  
Dujardin-Detrez Sophie  
Gheysens Pascal  
Lerouge Patrick  
Liesse-Levy Anne  
Mazur Anne  
Notre-Dame-Boniface  
Marjorie

Roussel Franck  
Tilly-Dufour Anita

**Suppléants :**

Bazille Marie-Agathe  
Besson Rémi  
Chazelle Philippe  
Corrion Alexandra  
Decoux-Verhaeghe Caroline  
Dessirier Corine  
Devries Hugo  
Fever Gérald  
Fossati Frédéric  
Gaoui Zahia  
Michel Marie-France  
Wattinne Timothée  
Begon-Lours Julien (2028)  
Delobelle Jean-Michel (2028)  
Hennion Hubert (2028)  
Nguyen Van Duong  
Béatrice (2028)  
Nunes Frederico (2028)

# Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Le Cnom a mis en place l'Observatoire pour la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

**Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.**

## Événement survenu le :

L M M J V S D \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, à \_\_\_\_ heures.

Cachet et signature  
(à défaut n° RPPS) :

## IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



(Étudiant/interne/docteur junior : Conseil départemental du lieu de l'incident)

Département : \_\_\_\_\_

### Qui est la victime de l'incident ?

- Vous-même  Un collaborateur  Un interne  
 Un médecin  
 Autre

> Préciser : \_\_\_\_\_

### Vous êtes :

Une femme  Un homme  Autre

Nombre d'années d'expérience : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

### Qui est l'agresseur ?

Genre : Femme  Homme  Autre

- Un patient connu  Un patient inconnu  
 Une personne accompagnant le patient  
 Autre

> Préciser : \_\_\_\_\_

### Quel est le motif de l'incident ? (Choix multiple)

- Un reproche relatif à une prise en charge  
 Un temps d'attente jugé excessif  
 Un refus de prescription (médicament...)  
 Un refus d'établir un document (certificat...)  
 À la suite d'un signalement d'un patient ou d'une victime  
 Le vol  
 La contestation du montant des honoraires  
 Pas de motif particulier  
 Autre

> Préciser : \_\_\_\_\_

### Atteinte aux personnes (Choix multiple)

- Violences sexuelles  
 Coups et blessures volontaires  
 Intrusion dans le cabinet  L'agresseur a-t-il utilisé une arme ? Oui  Non   
 Harcèlement  
 Menaces  
 E-violence (campagne de dénigrement...)  
 Injures

Autre > Préciser : \_\_\_\_\_

### Atteinte aux biens (Choix multiple)

- Vol avec violence > Objet du vol : \_\_\_\_\_  
 Vol avec effraction > Objet du vol : \_\_\_\_\_  
 Acte de vandalisme  
 Autre

> Préciser : \_\_\_\_\_

### Cadre d'exercice de l'incident

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet

Ailleurs

> Préciser : \_\_\_\_\_

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public  Établissement privé

Dans un service d'urgence  Ailleurs

> Préciser : \_\_\_\_\_

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

> Préciser : \_\_\_\_\_

### L'incident s'est-il produit dans un lieu où un autre membre du personnel est présent ?

Oui  Non

### À la suite de cet incident, quelle démarche avez-vous entreprise ?

Déposé une plainte  Déposé une main courante

Aucune démarche n'a été effectuée

### Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui  Non > Si oui, de combien de jours : \_\_\_\_\_

### Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui  Non

### Avez-vous bénéficié d'une assistance physique ou psychologique ?

Oui  Non

### Environnement de l'incident

En milieu rural  En milieu urbain, en centre-ville

En milieu urbain, en banlieue

Dans une structure de soins

Au domicile du patient

Dans un environnement extérieur

En distanciel (téléconsultation...)  Autre

> Préciser : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION D'INCIDENT

remplie le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Votre Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquies une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Elles sont analysées statistiquement après anonymisation. Les données d'identification seront conservées par l'Ordre le temps des vérifications nécessaires et accessibles au seul personnel habilité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant (droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition sous certaines conditions, droit de s'adresser à la Cnil), que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Cnom : dpo@cn.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

# APPEL À CANDIDATURES POUR LE RENOUVELLEMENT PAR MOITIÉ DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

**L**e Conseil national de l'Ordre des médecins procédera aux élections pour le 5<sup>e</sup> renouvellement par moitié de ses membres le **jeudi 19 juin 2025**.

**Ces élections sont organisées par binômes femme-homme (article L. 4132-12 du Code de la Santé Publique (CSP)).**

Les membres sortants sont les docteurs ARNAULT (Nouvelle-Aquitaine), AVRANE (Île-de-France), BAGOT (Île-de-France), BENSEDRINE (Provence-Alpes-Côte d'Azur), CANARELLI (Corse), DARMON (La Réunion-Mayotte), DREUX (Île-de-France), ESCOBEDO (Île-de-France), FOULQUES (Hauts-de-France), GERARD-VARET (Bourgogne-Franche-Comté), GORMAND (Auvergne-Rhône-Alpes), JALLON (Auvergne-Rhône-Alpes), JOLY (Pays de la Loire), JOUAN (Provence-Alpes-Côte d'Azur), JOUSSE (Île-de-France), LABARRIERE (Auvergne-Rhône-Alpes), LACROIX (Nouvelle-Aquitaine), MAICHE (Pays de la Loire), MARTELLI-LUCIANI (Corse), MAURICE (Île-de-France), MELLET (Provence-Alpes-Côte d'Azur), NASSOY-STEHLIN (Bourgogne-Franche-Comté), OURACI (Auvergne-Rhône-Alpes), ROSSANT-LUMBROSO (Provence-Alpes-Côte d'Azur), SIRET (Île-de-France), STOVEN (Hauts-de-France), THERON (Île-de-France).

Conformément aux dispositions de l'article L. 4132-1 du CSP, sont à pourvoir :

- **2 binômes** (soit 4 sièges) pour la région **Auvergne-Rhône-Alpes**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour la région **Bourgogne-Franche-Comté**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour la région **Corse**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour la région **Hauts de France**;
- **4 binômes** (soit 8 sièges) pour la région **Île-de-France**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour l'interrégion **La Réunion-Mayotte**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour la région **Nouvelle-Aquitaine**;
- **1 binôme** (soit 2 sièges) pour la région **Pays de la Loire**;

- **2 binômes** (soit 4 sièges) pour la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

## ÉLIGIBILITÉ

**Sont éligibles**, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du 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 ou de l'interrégion concernée par l'élection (article R.4125-3 du CSP). Les deux membres d'un binôme peuvent être inscrits au tableau de deux conseils départementaux différents de la région ou de l'interrégion.
- 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 ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du CSP).
- À jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du CSP) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Les membres sortants sont rééligibles (article R. 4125-5 du CSP).

**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 20 mai 2025 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](http://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

ner 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.

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 photocopiee 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 20 mai 2025 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, pour chacune des régions ou interrégions concernées par l'élection, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion.

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 suivants 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 19 juin 2025 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 désenclaver, aussitôt après la clôture du scrutin, le **jeudi 19 juin 2025 à 18 h 1** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4, rue Léon-Jost - 75855 PARIS Cedex 17).

### RÉSULTATS

Les résultats seront proclamés par région ou interrégion : les binômes de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges à pourvoir seront déclarés élus. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R. 4125-17 du CSP).

Le mandat des membres ainsi élus prendra fin dans 6 ans, soit en 2031.

### DÉLAI DE RECOURS

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

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection (article R. 4125-21 du CSP).



Jean-Marie Liot/Aléa

## « Être médecin référent du Vendée Globe, c'est comme faire une garde de trois mois »

**Laure Jacolot**

Médecin urgentiste et médecin du sport à l'hôpital de Quimper, médecin référente du Vendée Globe 2024

« **J'**ai vécu le Vendée Globe jusqu'au passage du dernier skipper début mars. En tant que médecin référente de la course, mon rôle commence plusieurs mois avant le départ pour évaluer la capacité des marins à participer à cette course extrême puis en les formant aux gestes de premiers secours à connaître pendant la navigation. Quelques semaines avant le départ, je vérifie la présence et la bonne accessibilité de la trousse médicale obligatoire dans le bateau.

Pendant la course, nous sommes quatre médecins à nous relayer pour être disponible 24 h/24 h sur le téléphone d'astreinte en cas d'appel d'un skipper, le plus souvent pour des problèmes dermatologiques, de déshydratation ou encore des traumatismes dus aux chutes. Un soir, un marin m'a contactée après avoir été violemment projeté à l'intérieur de son bateau. Je lui ai posé des questions mais au bout de quelques heures, il ne m'a plus répondu. Ces moments sont très anxiogènes parce que si le marin perd connaissance, on ne peut pas savoir ce qui se passe. Finalement, il m'a rassuré dans la nuit.

Être médecin référent du Vendée Globe, c'est comme faire une garde de trois mois. Lorsque je suis d'astreinte, je dois être joignable tout le temps, avoir du réseau, de la batterie. Par exemple, lorsque je vais nager, je confie mon téléphone au maître-nageur pour qu'il me prévienne si un skipper appelle, mes parcours de vélo et de course à pied sont choisis en fonction du

réseau. Et pendant ce temps, mon activité de médecin ne s'arrête pas.

Je suis urgentiste et médecin au service de médecine du sport de l'hôpital de Quimper. Quand j'ai commencé en 2006, les urgentistes étaient sollicités comme médecin pour des formations médicales au Pôle France – Course au large de Port-la-Forêt, la plateforme d'accompagnement des sportifs de la Fédération française de voile. C'est ainsi que je suis devenue médecin du pôle. Mon premier patient a été Michel Desjoyeaux. À son contact, j'ai pu appréhender les contraintes de la course au large que je dois connaître pour créer une relation de confiance avec les marins.

Je suis fascinée par ce côté relationnel de la médecine depuis mon enfance. Je rêvais de devenir basketteuse professionnelle, mais je n'avais pas le niveau. Le basket-ball est un sport collectif, on travaille ensemble pour aller vers un objectif, tout comme en médecine où toute une équipe prend en charge un patient. Ceci est d'autant plus vrai dans la médecine d'urgence. La médecine du sport m'a donc permis de concilier ma passion pour le sport avec ma carrière médicale, d'autant plus que j'ai pu, par la suite, faire partie de la commission médicale nationale du basket. Dès la fin du Vendée Globe, je serai directrice médicale nationale de la Fédération française de basket : un nouveau challenge collectif pour préparer les Jeux de Los Angeles en 2028!»

### PARCOURS

<b>2008</b>	<b>2017</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2025</b>
Médecin pôle France – Course au large.	Médecin équipe de France de basketball.	Assistante médecin référent Vendée.	Médecin référente Vendée Globe.	Directrice médicale nationale de la Fédération française de basket.