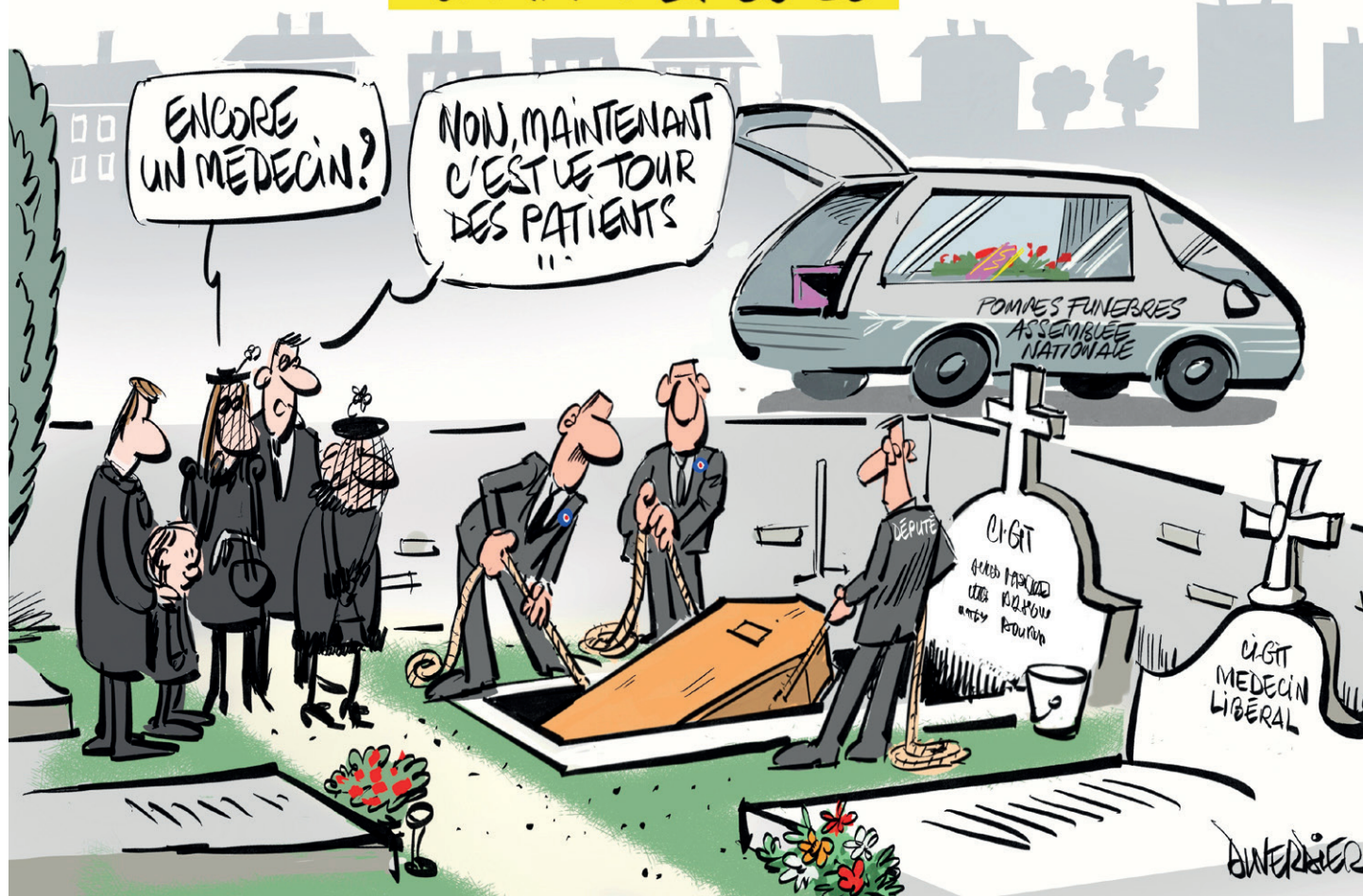


MÉDECINE LIBÉRALE

JOURNAL DE L'UNION DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE NOUVELLE-AQUITAINE

CNAM-PLFSS 26



Dossier

Les femmes et la santé

Dans ce journal :
Le calendrier 2026

#28

Déc. 2025

 **URPS**
MÉDECINS LIBÉRAUX
Nouvelle-Aquitaine

Version dématérialisée sur le site :

www.urpsml-na.org

P.4-5

Frédéric Bizard :

« La médecine libérale doit être au cœur de la refondation du système de santé »

P.9

Syndicats

Défendre et valoriser la profession :
le rôle des syndicats

P.18

Cybersécurité

Cyberattaque Weda – des leçons à tirer

LFSS 2026 : la médecine libérale, variable d'ajustement du système de soins

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 s'inscrit dans une trajectoire désormais bien connue : celle d'une régulation essentiellement budgétaire du système de soins. Pour la médecine libérale, cette loi n'opère pas de rupture mais accentue une dynamique préoccupante de contraintes économiques, administratives et organisationnelles, sans réponse structurelle aux difficultés de terrain.

Sous couvert de soutenabilité financière, les objectifs de dépenses continuent d'être fixés sans prise en compte réaliste de l'évolution des besoins de santé. Vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, complexification des prises en charge et dégradation de la santé mentale génèrent une demande croissante, à laquelle la médecine libérale répond déjà largement.

Dans ce contexte, les revalorisations prévues apparaissent insuffisantes. Lorsqu'elles existent, elles sont tardives, partielles et rapidement absorbées par l'inflation et l'augmentation des charges des cabinets. Le temps médical continue ainsi d'être dévalorisé, fragilisant l'équilibre économique de nombreux professionnels.

Parallèlement, la loi renforce une médecine de plus en plus administrée. Indicateurs, conditionnalités, contrôles et dispositifs de pilotage se multiplient, réduisant la liberté d'organisation et le jugement clinique. Le médecin libéral demeure pleinement responsable sur le plan médical, juridique et humain, mais avec des marges de manœuvre toujours plus restreintes.

Cette évolution entre en contradiction directe avec les objectifs affichés d'amélioration de l'accès aux soins. Comment attirer de jeunes médecins vers l'exercice libéral lorsque les conditions d'installation deviennent économiquement et humainement dissuasives ? Comment lutter contre les inégalités territoriales sans investir clairement dans le temps médical et la confiance professionnelle ?

La médecine libérale ne disparaît pas brutalement. Elle se fragilise progressivement : réduction du temps de travail, renoncements à l'installation, départs anticipés, épuisement professionnel. Ces signaux faibles sont déjà visibles dans de nombreux territoires. La loi de financement pour 2026 ne les crée pas, mais elle les accélère.

La médecine libérale n'est ni un coût à contenir ni une variable d'ajustement. Elle constitue un pilier essentiel de l'accès aux soins de proximité et de la continuité des parcours. En persistant dans une approche essentiellement comptable et normative, la LFSS 2026 prend le risque d'un décrochage durable, dont les patients et les territoires seront les premiers à subir les conséquences.

Meilleurs vœux pour 2026 !

Dr Didier SIMON

Président de l'URPS

Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine



Actualités

- Interview Frédéric Bizard p.4-5
- Thérapies numériques : un outil émergent sous condition ? p.8
- Syndicats : défendre et valoriser la profession p.9

Exercice Médical

- IA générative en santé p.3
- ROSP et forfait structure p.6
- Formation des secrétaires médicales p.6
- Formation à l'hésitation vaccinale p.7
- Groupes d'Analyse de Pratiques (GAP) p.17
- Cyberattaque Weda-des leçons à tirer p.18
- Journée Exercice Médical Libéral p.20

Dossier Les femmes et la santé p.10 à 16

Expression

- La MAPS : Monein Action Prévention Santé p.19

Journal édité par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Décembre 2025

ISSN 2553-9213

105 rue Belleville - CS 71241 - 33074 Bordeaux cedex

Tél. 05 56 56 57 10 - Web : urpsml-na.org

Courriel : contact@urpsml-na.org

Responsable de la publication : Didier SIMON, Président de l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Comité de rédaction : Philippe ARRAGON-TUCOO

Emmanuel BATAILLE - Imad CHAABAN - Jean-Luc DELABANT

Philippe DURANDET - Xavier GOUYOU-BEAUCHAMPS

Stéphane LACHER-FOUGERE - Isabelle PETIT-BREUILH

Ont participé à ce numéro : Emmanuel BATAILLE - Laura BAUER-DUPUY

Claire CADIX - Arly COMMUNIER - Caroline DE PAUW - Philippe DURANDET

Margot ESPINE - Karine FONTAINE-GAVINO - Amandine JOLY

Stéphane LACHER-FOUGERE - Marjorie MARTIN - Angélique MOREIRA

Isabelle PETIT-BREUILH - Noëlle PEUCH - Sandrine SANTOUL - Didier SIMON

Hélène VIATGE

Coordination : Marie-Rose POPINEAU

Journaliste : Eloïse BAJOU

Dessin : Jean DUVERDIER

Design graphique : www.junglecactus.fr

NUMÉRIQUE

IA GÉNÉRATIVE EN SANTÉ : ENTRE OPPORTUNITÉ ET RESPONSABILITÉ

L'intelligence artificielle générative s'impose désormais dans le quotidien de nombreux professionnels de santé. Synthèses automatiques, aide à la rédaction de courriers, vulgarisation d'informations médicales, gestion administrative... les usages se multiplient. Mais pour que ces outils deviennent de véritables leviers d'efficacité, leur utilisation doit rester raisonnée, maîtrisée et conforme à la déontologie médicale.

L'IA générative : qu'est-ce que c'est ?

Contrairement à l'IA « traditionnelle », centrée sur l'analyse ou la prédiction, l'IA générative se distingue par sa capacité à produire des contenus originaux – textes, images, sons, vidéos ou code.

Ces systèmes ne "raisonnent" pas selon le sens humain : ils s'appuient sur d'immenses volumes de données pour générer la réponse la plus probable à une requête.

Puissante et adaptable, cette technologie ouvre des perspectives majeures... mais en santé, elle doit rester un appui sous contrôle : l'IA peut assister, jamais décider.

Les risques associés à l'IA

Si ces outils offrent un potentiel considérable, ils comportent aussi des limites importantes. L'IA générative peut produire des hallucinations, c'est-à-dire inventer des faits, des références ou des données inexistantes mais formulées de manière crédible.

Elle peut également générer des erreurs de contenu, notamment des informations inexactes ou non conformes aux connaissances médicales validées. Enfin, ses productions peuvent reposer sur des données non vérifiées, issues de sources hétérogènes dont la fiabilité n'est pas toujours garantie.

Le médecin reste le garant de la décision et du soin

Ce principe fondamental est rappelé par la Haute Autorité de santé (HAS) dans son guide « Premières clefs d'usage de l'IA générative en santé » publié en septembre 2025.

Quel que soit l'outil utilisé, le médecin demeure le seul garant de la qualité, de la fiabilité et de la conformité des informations produites.

Chaque contenu généré doit être supervisé, relu et validé avant usage.

La vigilance s'impose sur trois plans :

- La qualité scientifique et la cohérence des contenus (vérifier, reformuler, citer les sources) ;
- La protection des données (ne jamais introduire d'éléments identifiants ou de données de santé dans une requête) ;
- Le respect de la déontologie médicale (conservation du jugement clinique, indépendance et secret professionnel).

L'IA peut soutenir la réflexion ou alléger la charge administrative, mais le discernement humain demeure la clé de toute décision médicale.

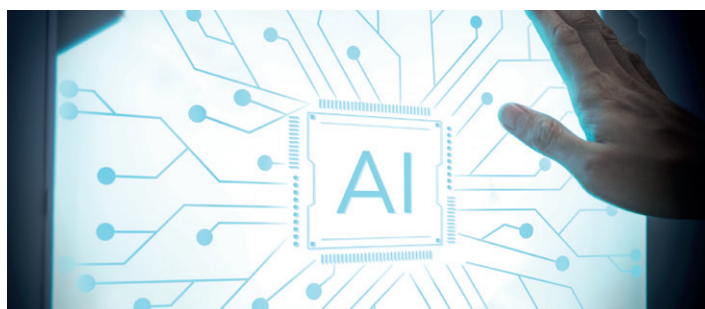
Un prompt (requête) de qualité : les bons réflexes !

Pour optimiser la qualité des réponses :

- **Clarté et précision** : formuler des instructions explicites, non ambiguës et dans un contexte défini ;
- **Spécificité** : ajouter les détails pertinents pour cadrer la réponse ;
- **Concision** : éviter les requêtes trop longues ou vagues ;
- **Positivité** : préférer les formulations affirmatives ;
- **Tests et itération** : ajuster progressivement la requête selon les résultats obtenus.
- **Et on n'oublie pas d'anonymiser et de n'intégrer aucune donnée personnelle ou information confidentielle !**

Chaque requête devient ainsi un exercice d'expérimentation raisonnée, au service d'une meilleure maîtrise des outils.

Laura BAUER-DUPUY



Pour aller plus loin :
Guide "Premières clefs d'usage de l'IA générative en santé", HAS, septembre 2025



Retrouvez plus d'informations dans le dossier du prochain numéro à sortir au printemps 2026



FRÉDÉRIC BIZARD : « LA MÉDECINE LIBÉRALE DOIT ÊTRE AU CŒUR DE LA REFONDATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »

Professeur d'économie, spécialiste en protection sociale et santé, Président fondateur de l'Institut Santé, Frédéric Bizard analyse les failles du système français et plaide pour une refondation structurelle. Il insiste sur le rôle central de la médecine libérale dans la rénovation du système et sa gouvernance territoriale.

Vous affirmez depuis longtemps que le système de santé français est en crise. Est-ce désormais une évidence pour tous ?

A tout choc structurel (démographique, épidémiologique, technologique) sur un système de santé, on doit apporter une réponse structurelle. La prise de conscience progresse, mais elle n'est pas encore partagée par tous.

Certains hauts fonctionnaires, qui pilotent la CNAM ou les services centraux des ARS depuis des années, minimisent encore la réalité par réflexe de défense et ce sont eux qui parlent aux politiques.

Pourtant, les professionnels comme les citoyens constatent chaque jour que le système ne répond plus aux besoins. Nous sommes l'un des pays développés avec la part de dépenses hospitalières la plus élevée et la part de dépenses ambulatoires la plus basse.

Le Ségur a montré que donner massivement plus de moyens financiers à l'hôpital n'a pas enrayer son déclin, ni celui du système. Cela prouve que le problème n'est pas d'abord financier, mais structurel.

Pourquoi les réformes incrémentales ou les financements supplémentaires ne suffisent-ils pas ?

Parce que les défis exigent de repenser le système. Prenez la prévention pour optimiser la vie en bonne santé, qu'a-t-on changé depuis 20 ans ? Pas un mot dans le PLFSS 2026. Prenez le virage ambulatoire depuis 20 ans : déserts médicaux et sous-investissements dans la médecine de ville. Le PLFSS 2026 se concentre sur l'hôpital.

Le système actuel n'a pas été conçu pour répondre aux besoins de prolonger la vie en bonne santé, de gérer des pathologies chroniques (médecine de parcours et non de

soins ponctuels), ni d'intégrer massivement des innovations technologiques.

Cela restera un tonneau des Danaïdes - plus on verse, plus le système se dégrade tant que l'on n'aura pas pris les mesures d'adaptation nécessaires.

Vous insistez sur la nécessité d'impliquer l'ensemble des acteurs, notamment libéraux, dans cette refondation.

Quel rôle devra jouer la médecine libérale à l'avenir ?

Il faut comprendre la logique de la transformation. D'un côté le virage préventif pour reporter plus tard l'entrée dans la maladie, ce qui neutralise l'effet vieillissement sur la demande de soins. De l'autre, le virage ambulatoire pour coordonner les parcours de soins des patients chroniques, notamment à l'aide des outils de la révolution technologique.

Le centre de gravité se déplace ainsi de l'hôpital vers les bassins de vie, vers des territoires où le mode d'exercice dominant des soignants (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, kinés...) est incontestablement le libéral.

C'est la raison pour laquelle je parle d'une responsabilité historique pour l'exercice libéral, qui doit assumer son nouveau rôle au cœur d'un service public territorial de santé.

Le service public n'est plus exclusivement hospitalier (le cas aujourd'hui dans les textes), et la ville à la périphérie de ce service. La logique est inversée avec un centre de gravité de ce service dans les territoires, donc dans les mains de la médecine ambulatoire.

La mutation doit se faire en renforçant la liberté de choix

des patients pour son soignant et la liberté de choix du mode d'exercice pour le soignant. Assumer ce rôle central de l'exercice libéral dans le nouveau service public de santé est une garantie d'ancrer plus fortement encore le libéral dans les 50 prochaines années du système de santé.

A l'inverse, le refuser est une garantie de le marginaliser. Je rappelle que service public signifie garantir son accès pour tous, la continuité du service et le principe de mutabilité (adaptation au progrès de la science). Est-ce contraire aux principes de l'exercice libéral ?

Concrètement, comment organiser ce changement de pratiques ?

Le territoire à taille humaine - connu de tous les Français et à partir duquel des politiques sociales sont déjà structurées - est le département. Le pilotage opérationnel des services de santé devrait donc se faire au niveau départemental, unité géographique (nous ne parlons pas du Conseil départemental).

Un Parlement sanitaire départemental aura la charge de piloter le Projet départemental de santé (PTS actuel) et signera un contrat départemental de santé (CTS actuel) avec la CPAM et l'État. Chaque professionnel de santé - libéral comme salarié fonctionnaire ou du privé - aura la même délégation de service public, les mêmes droits et devoirs.

L'universitarisation de la médecine de ville - avec des valences enseignement et recherche pour les libéraux - sera accélérée, ce qui augmentera l'attractivité des exercices. Chaque patient ALD sera tenu de signer un contrat thérapeutique avec un médecin coordinateur, la CPAM et l'État. Aux médecins libéraux de prendre ce rôle de médecin coordinateur.

Le financement de la santé distinguera le financement public par la sécu (AMO) de celui des mutuelles. Les papiers de services couverts par la sécu seront strictement

séparés de ceux des mutuelles (qui interviendront par un contrat santé supplémentaire).

Le tiers payant sera strictement limité aux patients bénéficiant du remboursement à 100% (dont les patients avec ALD et AT/MP (arrêt de travail / maladie professionnelle), les femmes enceintes, les bas revenus). Les autres auront un ticket modérateur (de l'ordre de 15% à 20%) à payer sur le lieu du service, ce qui rétablira un lien financier avec le patient, principe fondateur de la médecine libérale.

Une complémentaire publique, sur la base du modèle Alsace-Moselle, permettra de gérer dans le temps la remise à niveau des tarifs entre secteur 1 et secteur 2, pour tendre vers une tarification unifiée, tout en laissant une possibilité de liberté d'honoraires régulée.

Vous proposez aussi une nouvelle gouvernance territoriale. Quelle est votre vision ?

Le territoire pertinent, c'est le département. C'est une unité géographique connue de tous les citoyens, qui correspond déjà à d'autres politiques sociales et médico-sociales. Nous devons fusionner les structures existantes - CPTS, GHT, territoires de permanences de soins - pour créer de véritables instances de démocratie de santé : des parlements départementaux de santé. Ces instances réuniraient notamment les professionnels de santé et les élus locaux, pour traiter concrètement les problèmes, comme les déserts médicaux, à l'échelle où ils se posent. C'est une vraie décentralisation opérationnelle, qui redonne du pouvoir d'agir aux acteurs de terrain.

En résumé, quel message souhaitez-vous faire passer aux médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine ?

Le mode d'exercice qui dominera le système de santé demain sera celui qui aura réussi sa mue, son adaptation pour accompagner les changements structurels du futur système de santé.

Nous vivons une logique darwinienne où les sociétés qui domineront demain seront celles qui se seront les mieux adaptées au nouvel environnement en cours d'émergence. Cette logique darwinienne s'applique à la santé et à ses acteurs.

On peut prendre cette logique comme une menace ou comme une opportunité. Je suis convaincu que cette période de crise est un préalable pour un rebond vers une période de grand progrès pour la santé dans les prochaines décennies.

Si les médecins libéraux saisissent les bons leviers et s'adaptent à la hauteur des défis, ils peuvent être les grands gagnants des transformations à venir.

Interview réalisée par Eloise BAJOU, Emmanuel BATAILLE et Dr Didier SIMON



BON À SAVOIR

ROSP ET FORFAIT STRUCTURE

Pensez à déclarer vos indicateurs pour les rémunérations forfaitaires avant le 8 février !

Les médecins libéraux conventionnés ont jusqu'au 8 février pour effectuer leur déclaration annuelle des indicateurs ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) et forfait structure sur AmeliPro. Cette échéance revêt un caractère particulier puisqu'il s'agit de la dernière campagne sous cette forme, avant l'entrée en vigueur du nouveau forfait médecin traitant.

C'est lancé depuis le 15 décembre. Les médecins libéraux conventionnés ont près de deux mois, jusqu'au 8 février, pour déclarer leurs indicateurs au titre de la ROSP 2025 et du forfait structure via le compte AmeliPro, afin de bénéficier des rémunérations forfaitaires correspondantes. S'y ajoute l'indicateur du forfait patientèle médecin traitant (FPMT), relatif au lieu d'implantation du cabinet principal.

**Comment déclarer vos indicateurs ?
(site AMELI)**



Un nouveau forfait médecin traitant l'an prochain

Acté dans la convention médicale 2024-2029, le cadre de ces rémunérations va évoluer à compter du 1^{er} janvier 2026.

Le forfait structure sera remplacé par la nouvelle dotation numérique (Donum), avec un nombre d'indicateurs réduit et un recentrage sur les usages numériques essentiels. La valeur du point reste fixée à 7 €. Si tous les indicateurs – socles et optionnels – sont atteints, la rémunération atteindra 2 940 € par an.

À la même date, la ROSP fusionnera avec le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) pour aboutir au nouveau forfait médecin traitant (FMT) pour les médecins généralistes. Versé une fois par an, il s'appuiera sur une logique individualisée par patient, en fonction de leur profil (âge, ALD, etc.).

SE FORMER POUR MIEUX ACCOMPAGNER : DES FORMATIONS DÉDIÉES AUX SECRÉTARIATS MÉDICAUX

Accueillir, informer, rassurer, organiser : le rôle des secrétariats médicaux est essentiel au bon fonctionnement des cabinets libéraux. Face à l'évolution des pratiques et aux attentes des patients, se former devient un véritable levier de professionnalisation !

Pour répondre à ces besoins, l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine s'associe au centre de formation ARAMIS pour proposer un parcours de formations adaptées au quotidien des secrétariats médicaux.

Proposées à Bordeaux, Bayonne et Poitiers, ces formations offrent des outils pratiques et concrets pour renforcer les compétences, gagner en aisance et mieux répondre aux besoins des médecins comme des patients.

Quatre modules complémentaires pour aborder toutes les facettes du métier :

- Bien accueillir en milieu médical ;
- Communiquer efficacement pour éviter les conflits ;
- Gérer son stress ;
- Les gestes qui sauvent.

Les frais de formation sont intégralement pris en charge, dans la limite des fonds disponibles (OPCO-EP).

Pour s'inscrire

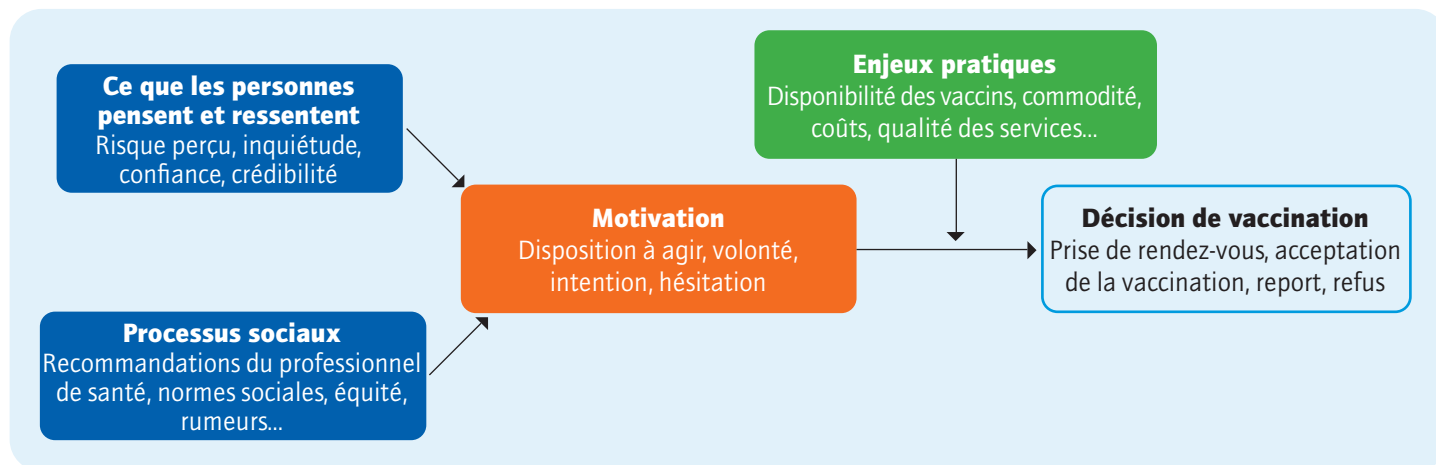


FORMATION

CERTAINS PATIENTS HÉSITENT À SE FAIRE VACCINER, VOUS POUVEZ LES ACCOMPAGNER À PRENDRE UNE DÉCISION !

Pourquoi certains patients ne souhaitent pas se vacciner ?

L'OMS désigne par « hésitation vaccinale » les retards de vaccination ou refus de certains vaccins, malgré l'existence de services de vaccination (OMS, 2015). Il s'agit d'un phénomène complexe, influencé par des déterminants individuels, sociaux et contextuels, représentés ci-dessous (Modèle OMS de déterminants de l'hésitation vaccinale).



Ce modèle met en évidence que l'hésitation vaccinale ne relève pas uniquement d'un déficit d'information, mais d'un ensemble de représentations, de priorités et de contraintes, impliquant des réponses adaptées et différenciées.

Comment pouvez-vous accompagner ces personnes qui hésitent ?

Des travaux de recherche ont permis d'identifier les freins majeurs liés à la personne et une démarche d'entretien favorisant la prise de décision par cette personne.

Il s'agit d'interventions brèves, en adoptant une posture favorisant l'expression de préoccupations des personnes, en utilisant une communication permettant d'écouter et de répondre autrement, de manière ciblée aux freins exprimés.

L'URPS ML-NA vous propose une formation à vous médecins, pour vous préparer à mener ces entretiens.

Que va vous apporter cette formation ?

- Des savoirs-faire et des savoirs-être pour favoriser la confiance et recueillir les préoccupations
- Faire évoluer les idées reçues tout en respectant les personnes
- Apporter des informations factuelles au patient et donc permettre aux personnes d'avoir les éléments nécessaires à la prise de décision.

Avec cette formation vous allez découvrir et expérimenter...

- Une méthode et des outils pour interroger, informer, amener à faire des liens, faciliter le choix

- Des techniques concrètes (écoute active, accueil des ressentis et des questionnements, valorisation, respect des choix...), rapides à mobiliser dans votre quotidien, pour gagner en efficacité et en sérénité
- Des contenus pour répondre à des idées fausses, à la désinformation et offrir des informations factuelles et actualisées.

Qu'en pensent les premiers participants ?

« Une formation enrichissante pour mon quotidien professionnel quand la question de la vaccination se pose »

Dr I.C.

« Une formation qui m'a permis de trouver les leviers pour faire entendre, comprendre et accepter nos arguments par nos patients et les conduire vers le changement »

Dr J.L. D.

N'hésitez pas à vous inscrire à cette formation en visio animée par des experts. Il reste des places en janvier, février et mars.

Arly COMMUNIER

Pour vous inscrire et en savoir +



NUMÉRIQUE

LES THÉRAPIES NUMÉRIQUES, UN OUTIL ÉMERGENT SOUS CONDITION ?

Les thérapies numériques constituent une évolution dans le champ de la santé connectée. Fondées sur des dispositifs et applications plus ou moins validés, elles visent à optimiser la prise en charge de pathologies chroniques, en particulier dans le champ comportemental et cognitif. Plusieurs études suggèrent une efficacité comparable à celles d'interventions conventionnelles, pour autant leur intégration dans la pratique médicale reste encore limitée.

Pour mieux comprendre ces outils et leurs conditions d'usage, nous avons rencontré Hélène Viatgé, co-fondatrice d'AppThera, plateforme dédiée aux thérapies numériques validées.

Pouvez-vous nous rappeler ce que recouvre le terme de "thérapie numérique" ?

Les thérapies numériques, ou Digital Therapeutics (DTx), sont des dispositifs médicaux délivrés par voie numérique — généralement via une application ou une interface web — qui sont certifiés et dont l'efficacité repose sur des preuves cliniques. Elles ne se limitent pas à de simples outils de bien-être : elles ont pour objectif de prévenir, traiter ou accompagner une personne porteuse d'une maladie définie, selon un protocole thérapeutique validé. Elles s'appuient souvent sur les principes des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), mais leur champ d'application s'étend aujourd'hui à d'autres domaines : diabète, rééducation neurologique, troubles du sommeil, ou encore santé mentale. Par exemple, l'application HelloBetter Insomnie fait suivre une TCC spécifique à l'insomnie clinique, mais au format digital, accessible n'importe quand.

Comme tout dispositif médical, une thérapie numérique doit obtenir un marquage CE (certification européenne). Avec ses preuves d'efficacité clinique, elle est éligible à une prise en charge par l'Assurance maladie.

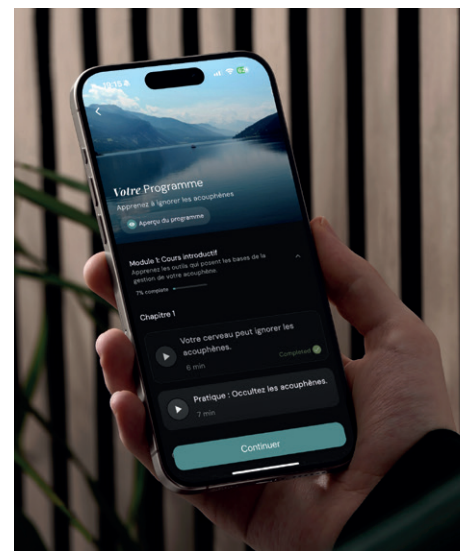
Quels sont les profils des patients et des médecins utilisateurs aujourd'hui en France ?

Nous sommes encore dans une phase d'amorçage en France où le déploiement de ces thérapies, sur ordonnance par un professionnel de santé, est très récent. Sur AppThera, nous avons 2 000 médecins qui ont prescrit à plus de 8 000 patients des DTx. Les premiers utilisateurs sont souvent des patients atteints de pathologies chroniques, motivés par un suivi permettant une plus grande autonomie dans leur prise en charge. Ce ne sont pas nécessairement des patients jeunes, la moyenne d'âge est à 43 ans. Ce que l'on observe en revanche c'est une prescription par plus de médecins femmes à plus de patients femmes, sans que les pathologies concernées ne reflètent autant ce décalage. Du côté des prescripteurs, on observe une adoption progressive : les médecins les plus sensibilisés à la e-santé y voient un complément utile, notamment lorsque la disponibilité des soins est limitée ou lorsque le patient présente une bonne capacité d'engagement numérique. Là encore les médecins prescripteurs sur AppThera ne sont pas nécessairement des jeunes, mais ont en commun d'être convaincus de la nécessité d'accompagner le patient au-delà de la consultation dans des changements comportementaux et cognitifs qui demandent un travail quotidien et de la réflexivité. Toutefois, la prescription reste conditionnée à une formation sur ces nouvelles options thérapeutiques et à une évaluation individuelle de sa pertinence clinique.

Quels sont selon vous les principaux freins à leur diffusion ?

Le principal obstacle à la diffusion de ces thérapies est aujourd'hui le manque de temps pour que les médecins puissent s'informer et s'approprier ces outils.

Par ailleurs, les médecins ne sont pas toujours à l'aise pour accompagner le patient avec cette nouvelle modalité. Prescrire une application ce n'est pas comme prescrire un médicament. Et si



l'on n'explique pas cette différence, le médecin s'interroge (installation de l'application, coût, temps passé, suivi des données).

Et à l'inverse, quels leviers identifiez-vous pour favoriser leur usage ?

D'abord, il y a la plateforme AppThera qui a été développée pour que les médecins puissent gratuitement identifier les DTx existantes, leurs preuves cliniques et les prescrire à leurs patients. Ils sont rassurés sur le fait qu'AppThera accompagne le patient jusqu'à l'initiation de son programme (téléchargement de l'app, création du compte). Ensuite, nous voyons une vraie volonté des professionnels de santé de proposer à leurs patients des outils pour aller au-delà des conseils qu'ils peuvent donner en consultation ("il faudrait vous remettre un peu au sport, il faudrait arrêter de fumer", ...). Les sciences cognitives ont largement démontré leur efficacité pour engendrer des modifications comportementales, il serait temps de se les approprier pour en faire des outils médicaux au lieu de les laisser dans les mains des réseaux sociaux qui, eux, ont bien compris la pertinence de ces sciences mais à moins bon escient.

Le rôle du médecin reste pivot : c'est lui qui, par sa connaissance du patient et de la pathologie, propose une utilisation éclairée et bénéfique de ces innovations.

Hélène VIATGÉ et Angélique MOREIRA

SYNDICATS

DÉFENDRE ET VALORISER LA PROFESSION : LE RÔLE DES SYNDICATS

Pourquoi se syndiquer ? Qu'est-ce que cela va m'apporter ?

Le 6 décembre dernier, un stand intersyndical a trouvé sa place lors de la Journée de l'Exercice Médical Libéral qui s'est déroulée au palais des congrès du Futuroscope.

Les représentants des différents syndicats ont ainsi pu répondre aux questions des 200 médecins présents sur cette journée.

**« Il n'est jamais trop tard pour
se syndiquer :
soyez moteur du changement
que vous souhaitez »**



Quel est le rôle des syndicats ?

Il existe deux grands types de syndicats médicaux, chacun jouant un rôle complémentaire dans la représentation de la profession.

Les syndicats verticaux

Propres à chaque spécialité, ils rassemblent les demandes spécifiques de leur discipline, informent leurs membres et participent à des projets collectifs. Ils ne prennent pas directement part aux négociations conventionnelles.

Les syndicats transversaux

Ils représentent l'ensemble des médecins libéraux lors des négociations avec l'Assurance Maladie. Leur légitimité repose sur les résultats des élections aux URPS ML. Ce sont ces organisations qui portent les revendications des syndicats verticaux, négocient et signent la Convention Médicale et ses avenants.

Et l'URPS, quel est son rôle ?

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URPS ML) représente tous les médecins libéraux de la région Nouvelle-Aquitaine et agit comme leur voix collective auprès des pouvoirs publics et des instances territoriales de santé.

Elle a pour missions :

- de représenter les médecins libéraux dans les instances régionales
- de participer à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire
- de promouvoir l'évolution de l'exercice professionnel

**Les élus de l'URPS ML qui portent la voix
des médecins dans la région, sont issus des listes
des syndicats transversaux.**

**Les prochaines élections (pressenties fin 2027)
permettront à chaque médecin,
même non syndiqué, de voter et d'influencer
la représentation professionnelle
pour les 5 ans à venir.**

*Syndiquez-vous pour vous
faire entendre !*

*Devenez acteurs de l'avenir
de la médecine libérale !*

*Votez aux prochaines
élections des URPS ML !*



*Défendre et valoriser la profession,
ensemble !*





LES FEMMES ET LA SANTÉ

Les questions relatives à la santé des femmes sont davantage considérées dans les actualités médicales. Il était temps ! On parle désormais plus facilement de l'endométriose avec des modalités de diagnostic et de soins facilitées. Au-delà, l'Union a travaillé sur une fiche pratique pour mieux identifier, accompagner et prendre en charge la période de la ménopause et ses effets, encore sous-estimés par le corps médical.

Mais on ne saurait cantonner le sujet de la santé des femmes aux organes corporels féminins. L'ouvrage de Caroline de Pauw – La Santé des femmes : un guide pour comprendre les enjeux et agir – expose avec grande pédagogie différentes dimensions à prendre en compte pour mieux adresser les spécificités de la santé féminine : impacts de caractéristiques sociologiques et de vulnérabilités accentuées, biais sexués de la recherche médicale avec des protocoles et une médication construite sur des cohortes masculines ignorant de fait les nombreuses différences physiologiques de la moitié de la population. La rédaction a souhaité par ce dossier remettre en perspective la nécessité d'évoluer dans notre approche médicale en rappelant également les principales données épidémiologiques féminines : pathologies majeures, causes d'hospitalisation et de mortalité, particularités symptomatologiques...

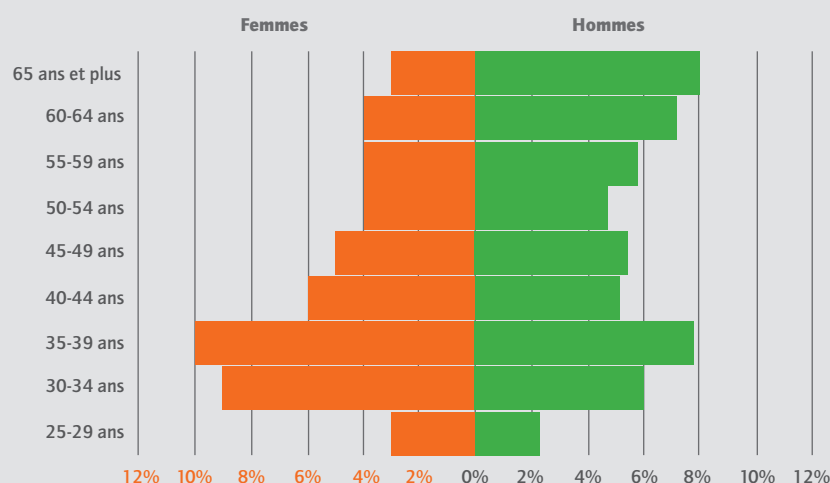
Et comme « la femme est l'avenir de l'homme », il nous a semblé indispensable de faire également un zoom sur la démographie des femmes médecins de Nouvelle-Aquitaine : elles représentent presque la moitié du nombre de médecins libéraux mais surtout elles sont désormais très majoritaires chez les moins de 40 ans. C'est donc bien un dossier sur les femmes et la santé que nous vous invitons à lire : n'hésitez pas à nous remonter vos contributions ou idées pour enrichir ce sujet et alimenter les articles de notre site Internet.

Emmanuel BATAILLE

LES FEMMES MÉDECINS LIBÉRALES EN NOUVELLE-AQUITAINE

Au 1^{er} octobre 2025, la Nouvelle-Aquitaine compte environ 13 500 médecins libéraux (installés, remplaçants, étudiants et docteurs juniors) dont plus de 6 400 femmes (47 % contre ≈ 24 % début 1990).

Pyramide des âges des médecins libéraux



La féminisation progresse avec des cohortes de jeunes médecins désormais majoritairement féminines – une tendance conforme aux données nationales (CNOM, Atlas 2024).

1. Quelle spécialité ?

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses en médecine générale (57 % de femmes médecins sont généralistes).

Parmi les spécialités les plus féminisées, on recense :

- Gynécologie médicale : 95,5 %
- Endocrinologie et métabolisme : 87,0 %
- Pédiatrie : 81,1 %
- Dermatologie : 74,8 %
- Gynécologie-obstétrique : 65,2 %
- Rhumatologie : 60,0 %
- Psychiatrie : 50,5 %



A l'inverse les spécialités les moins féminisées sont :

- Chirurgie thoracique : 4,9 %
- Chirurgie orthopédique : 10,3 %
- Chirurgie urologique : 10,6 %
- Chirurgie viscérale : 20,0 %

2. Modes et types d'activité

Type d'activité :

- Libéral exclusif : 74 % chez les femmes,
- Mode mixte : 26 %

Ces taux sont similaires chez les hommes.

Modalités d'exercice :

- Les femmes exercent proportionnellement plus souvent en cabinet de groupe que les hommes.
- On retrouve également plus de femmes médecins dans les Centres de santé, que dans les SEL (Société d'Exercice Libéral) et SCP (Société Civile Professionnelle) qui sont davantage masculines.

3. Rémunération*

Les écarts de revenus entre les médecins libéraux selon le sexe restent très marqués : une femme médecin perçoit en moyenne 90 000 € par an, contre 148 000 € pour un homme, soit un différentiel de près de 40 %.

Ces écarts s'expliquent en partie par les différences de spécialités exercées, de modes d'exercice (activité mixte, secteur 2), d'ancienneté d'installation et de volume d'activité. La féminisation plus récente de la profession, combinée à une proportion plus élevée de femmes dans les spécialités les moins rémunératrices, contribue également à cet écart. Enfin, les contraintes organisationnelles et le temps de travail moyen, souvent plus faibles pour les femmes, expliquent, une partie de cette différence.

Karine FONTAINE GAVINO

* Source : DREES • Études et Résultats • décembre 2024 • n° 1322 • Revenu des médecins libéraux

DE LA SANTÉ DES FEMMES À LA SANTÉ DE GENRE : POURQUOI INTÉGRER DAVANTAGE CETTE NOTION DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES

Docteure Caroline DE PAUW, sociologue, directrice de l'URPS Médecins Hauts-de-France, chercheuse associée au CLERSE (Centre d'Etudes et de Recherches en Sociologie et en Economie, Université de Lille, France)

Longtemps invisibilisée, la question des inégalités de santé entre femmes et hommes s'impose désormais dans le débat public. Si les femmes vivent plus longtemps (85,6 ans contre 80 ans pour les hommes) (Source : INSEE, 2024), leur espérance de vie en bonne santé est proche des hommes et diminue plus vite (-2,8 ans depuis 2021 contre -2 ans pour les hommes). Cette réalité interroge : pourquoi cette défaveur et comment agir sans tomber dans des réponses simplistes ?

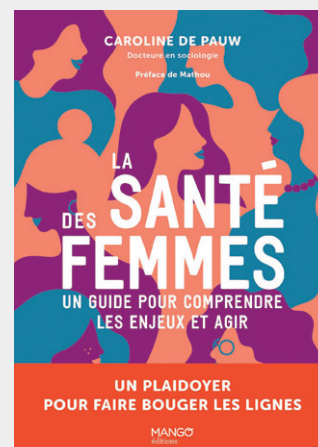
Sexe et genre : deux notions distinctes

Le sexe renvoie aux caractéristiques biologiques, le genre aux rôles et normes sociales (Source : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/51310.html>). Ces dimensions influencent la santé bien au-delà des organes reproducteurs. Réduire la médecine des femmes à la « médecine bikini » (Plan et Albagly, 2025) – centrée sur la gynécologie – est une erreur persistante. Les stéréotypes façonnent encore les diagnostics et les prises en soins : l'infarctus du myocarde, par exemple, reste associé à l'homme stressé, occultant des symptômes féminins spécifiques (époussement, essoufflement, nausées) (pour en savoir plus, <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/>) avec une double perte de chances pour les femmes : au moment de la survenue où les femmes et leur entourage vont avoir tendance à moins vite repérer les symptômes, les femmes vont avoir tendance à les minimiser ; mais également à l'arrivée aux urgences où les soignants vont avoir tendance à davantage orienter les femmes vers des prises en charge orientées vers une gestion d'une supposée angoisse plutôt que sur la cardiologie. S'il existe bien des symptômes et risques spécifiques aux femmes, il y a bien une perte de chance liées aux stéréotypes partagés par les soignants, qu'ils soient hommes ou femmes.

« Cancer, diabète, obésité, douleur, asthme, arthrose, addiction, vieillissement... Les exemples de l'influence du sexe et du genre sur la santé sont nombreux et concernent quasiment tous les champs de la médecine » (INSERM, 2016) et il est impossible ici d'être exhaustif. Ces quelques illustrations montrent cependant la nécessité de se préoccuper systématiquement de cette dimension de genre quand il s'agit de santé car ces codes influencent non seulement la description des symptômes, mais également notre rapport au corps et notre recours aux soins, y compris chez les soignants, d'où certaines errances voire erreurs diagnostiques, que ce soit pour les femmes, mais aussi pour les hommes...

Des stéréotypes qui pèsent sur la santé

Les représentations sociales influencent comportements et soins : injonction masculine à la virilité, rétention émotionnelle, prise de risque ; assignation féminine à la douceur, la réussite familiale, la minceur. Ces normes impactent la santé mentale, le recours aux soins et même les pratiques médicales. Et la féminisation des professions ne suffit pas car les stéréotypes sont partagés par tous les soignants, hommes et femmes.



Des vulnérabilités multiples

Il s'agit ici de parler de santé des femmes et non de soins des femmes. Au-delà du biologique, les déterminants sociaux aggravent les inégalités¹ : précarité (55 % des ménages pauvres sont féminins), emplois précaires (70 % des CDD), monoparentalité (82 % des familles), renoncement aux soins (64 % des cas). À cela s'ajoutent violences sexistes (373 000 victimes en 2022), pénibilité au travail sous-estimée, charge mentale, idéaux corporels irréalistes etc. Ces pressions favorisent anxiété, dépression et conduites suicidaires pour les femmes en situation de vulnérabilité (+47 % d'hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les 15-19 ans²).

Améliorer la santé des femmes est donc nécessairement un enjeu éthique de politiques publiques et institutionnelles pour réfléchir à une société aux organisations davantage bienveillantes pour concilier, par exemple, les vies professionnelle et domestique et contribuer à la réduction des injonctions normatives et de charge mentale qui incombent encore majoritairement aux femmes.

Vers une approche intersectionnelle

Les femmes ne forment pas un groupe homogène : migrantes (Azria, 2019), en situation de handicap (HCE, 2020), âgées (Plan et Albagly, 2025) ou sans domicile cumulent les défaveurs. Les biais implicites des soignants, souvent inconscients, alimentent des discriminations (ex. directives anticipées moins respectées chez les femmes). Former les professionnels à identifier ces biais est essentiel. Rappelons que, hormis des exceptions qui doivent faire l'objet d'actions spécifiques, aucun(e) soignant(e) n'a des

1 : <https://www.federationsolidarite.org/actualites/8-mars-journee-internationale-des-droits-des-femmes-les-femmes-premieres-touchees-par-la-pauvrete/>

2 : Source : Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6ème rapport / février 2025

pratiques volontairement nuisibles pour les personnes qu'il(elle) soigne. Les stéréotypes sont très souvent inconscients et leurs effets sous-estimés par les acteur(rice)s du soin et de la santé. Or, une consultation médicale, une relation de soins, sont des interactions sociales entre individus où chacun amène ses représentations et ses associations implicites qui peuvent amener un biais sur l'évaluation ou l'attitude et donc avoir un impact négatif sur la prise en soins (Domiciè et al., 2022) car les soignants présentent les mêmes biais que la population générale (Fitzgerald et al., 2017). Mais cet état de fait n'est pas immuable et chaque soignant peut ainsi avoir une posture réflexive sur sa pratique individuelle. Prendre conscience de ses stéréotypes est déjà un changement de pratique. Il est donc nécessaire que les soignants acceptent d'y réfléchir sans culpabilité pour évoluer.

Améliorer la santé des femmes n'est pas qu'une question médicale : c'est un projet de société.

Si les femmes françaises sont en situation de défaveur en matière d'inégalités sociales de santé, il est néanmoins important de rappeler la nécessité de garder une vigilance sur les acquis déjà obtenus, qui limitent malgré tout cet écart : accès à l'éducation obligatoire pour tous, droit de vote, droit à une autonomie financière, accès à une contraception et à l'avortement, etc. Ces acquis sont actuellement rediscutés, voire remis en cause, y compris dans des pays démocratiques pour lesquels ces droits semblaient acquis. Il y a donc une nécessité impérieuse, non seulement à continuer de poursuivre les avancées en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé genrées tout en consolidant les acquis sans lesquels cette lutte est impossible.

Aujourd'hui, les femmes n'ont jamais autant été exposées à des facteurs exogènes qui les mettent en vulnérabilité : grossophobie, conciliation vie domestique / professionnelle et charge mentale, horaires atypiques, normes de féminité inatteignables etc.

Pour parvenir à une évolution favorable pour la santé des femmes, le changement sociétal doit nécessairement passer par une prise de conscience des professionnels de santé et du soin.

L'amélioration de la santé des femmes est avant tout un projet de société devant tous nous mobiliser.

Caroline DE PAUW

Bibliographie :

AZRIA, Élie, 2019. Biais implicites et soins différenciés dans l'étude des inégalités sociales de santé entre migrants et non-migrants Entre piège épistémologique et hypothèse fertile. *Revue française d'éthique appliquée*, 2019/2 N° 8, p.8-11. DOI : 10.3917/rfeap.008.0008. URL : <https://shs.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2019-2-page-8?lang=fr>.

DOMINICÉ DAO, Melissa et BODENMANN, Patrick, 2022. Chapitre 1.8. Ce que l'autre peut susciter chez nous : préjugés, stéréotypes et discrimination dans la pratique clinique. In : BODENMANN, Patrick, JACKSON, Yves, VU, Francis et WOLFF, Hans, *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*. Genève : Médecine & Hygiène. Hors collection, p.95-101. DOI : 10.3917/mh.boden.2022.01.0095. URL : <https://stm.cairn.info/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante--9782880495121-page-95?lang=fr>.

HCE 2020, « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique – Rapport no 2020-11-04 », HCE, Santé 45, voté le 4 novembre 2020

INSERM, 2016, <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>, publié le 14 août 2017.

PLAN, Odile et ALBAGLY, Maité, 2025. Un constat : l'invisibilité des femmes âgées. *Gérontologie et société*, 2025/2 vol. 47/n° 177, p.97-106. DOI : 10.3917/g51.177.0097. URL : <https://shs-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-gerontologie-et-societe-2025-2-page-97?lang=fr>.

Premiers Etats Généraux de la Douleur des Femmes



Douleur des Femmes est une plateforme participative lancée par Comm Santé pour permettre aux femmes — ainsi qu'à leurs proches et aux soignants — de partager **anonymement leurs expériences de douleurs trop souvent minimisées ou mal comprises**.

Cette initiative s'inscrit dans le cadre des premiers États Généraux de la Douleur des Femmes, une consultation nationale inédite menée en 2025-2026. Elle vise à mieux comprendre comment la douleur est vécue et prise en charge selon le genre, et à faire émerger des solutions concrètes pour améliorer cette prise en charge.

La plateforme invite toutes et tous — patientes, patients, proches ou professionnel·les de santé — **à témoigner anonymement**, afin d'identifier des situations récurrentes, de sensibiliser les soignants et de nourrir un travail collectif de réflexion. Les États Généraux ont pour objectif de recueillir et documenter des expériences réelles, pour en faire un outil de plaidoyer en faveur de l'évolution des pratiques médicales, de la formation et de l'information publique autour de la douleur chez les femmes.

Cette démarche est portée par un **comité d'experts pluridisciplinaire** composé de médecins, chercheurs, anciens ministres de la Santé, spécialistes de la douleur, sociologues et acteurs de santé publique (par exemple Dr Agnès Ricard-Hibon, Eric Serra, Marisol Touraine, Olivier Véran, etc.). Ce comité apporte **des regards complémentaires** (clinique, scientifique, institutionnel) pour **analyser les données recueillies, orienter la démarche et proposer des pistes de changement**.

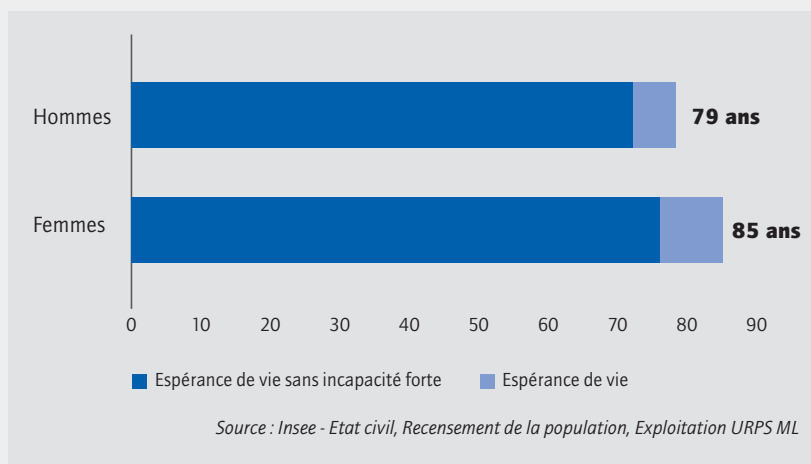
L'enjeu est de **rendre visible l'invisible** : comprendre pourquoi certaines douleurs (endométriose, migraines, fibromyalgie, douleurs pelviennes, etc.) restent mal reconnues, comment les parcours de soin pourraient être améliorés, et comment **les résultats de cette grande consultation peuvent inspirer des actions concrètes** chez les professionnels de santé, dans les politiques publiques et dans la société.

Pour en savoir + : www.douleurdesfemmes.com

FEMMES ET SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE

Longévité et état de santé global : un paradoxe féminin

En Nouvelle-Aquitaine, comme en France métropolitaine, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais pas nécessairement en meilleure santé. L'Espérance de vie est aujourd'hui en Nouvelle-Aquitaine de 85 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes.



L'écart entre les sexes est en diminution progressive (7,7 ans dans les années 1990 ; 5,6 ans aujourd'hui). Concernant l'espérance de vie sans incapacité forte, l'écart est plus faible (≈ 4 ans). Les femmes vivent davantage d'années avec une altération de l'autonomie.

Un recours aux soins plus fréquent, des signes cliniques encore sous-estimés

C'est un constat au niveau national, comme régional, les femmes consultent globalement davantage les médecins généralistes et spécialistes que les hommes, mais leurs symptômes sont encore trop souvent minimisés ou mal interprétés. Cela concerne notamment plusieurs affections chroniques pour lesquelles les présentations cliniques diffèrent selon le sexe.

Différences de manifestations cliniques: l'exemple des maladies cardiovasculaires (MCV)

Pendant longtemps, le diagnostic des MCV s'est appuyé principalement sur les symptômes considérés comme « typiques » chez les hommes (douleur thoracique intense en étai, irradiation au bras gauche).

Les manifestations plus fréquentes chez les femmes - fatigue extrême, vertiges, douleur thoracique diffuse, nausées, vomissements - ont alors été qualifiées d'« atypiques ».

Cette méconnaissance a des conséquences majeures : en cas d'infarctus du myocarde, les femmes subissent en moyenne un retard de prise en charge d'au moins 30 minutes par rapport aux hommes, reçoivent moins souvent de traitements de revascularisation en urgence et présentent une mortalité plus élevée (+9,6 % chez la femme).

Les principales pathologies

Certaines pathologies sont spécifiques aux femmes en raison de l'anatomie ou du fonctionnement hormonal (ex : endométriose, douleurs pelviennes d'origine gynécologique), tandis que d'autres sont plus fréquentes ou se manifestent différemment chez les femmes que chez les hommes (ex : maladies auto-immunes, dépression, ostéoporose, MCV). Ces différences influencent le diagnostic, la prise en charge et parfois les délais d'accès aux soins.



« La femme n'est pas un petit homme »

Les maladies cardio-vasculaires

Les MCV sont la première cause de mortalité féminine (24% des décès féminins versus 20% chez les hommes). Comme nous l'avons évoqué : elles sont encore sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les femmes.

Les Cancers : 2e cause de mortalité

Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon. Ce dernier est en forte progression chez les femmes, essentiellement du fait de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années 1970-1980.

Alors que l'incidence est stable ou en baisse chez les hommes, elle augmente nettement chez les femmes : selon l'INCa, entre 2010 et 2023, le taux d'incidence du cancer du poumon chez la femme a progressé en moyenne de +4,3 % par an.

« Déconstruisons nos préjugés sur la santé de la femme et sur les soins à lui apporter »

Morbidité chronique : une surreprésentation féminine

Maladies auto-immunes

Près de 80 % des patients sont des femmes.

Exemples : lupus, thyroïdite de Hashimoto, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques.

> *Comparativement, les hommes sont beaucoup moins touchés, mais présentent parfois des formes plus sévères.*

Troubles anxieux et dépression

Les femmes présentent, à tous les âges, une prévalence plus élevée de troubles anxieux et dépressifs que les hommes, avec un pic à l'adolescence (notamment anxiété, conduites suicidaires).

Mais si les femmes font 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide, les hommes ont des suicides aboutis 3 fois plus fréquents. Cette différence s'explique par des méthodes plus létales et un moindre recours aux soins.

Ostéoporose

70 % des cas concernent les femmes, notamment après la ménopause en raison de la chute des œstrogènes.

> *Chez les hommes, l'ostéoporose survient plus tardivement.*



Ces prévalences différenciées peuvent s'expliquer par de nombreux facteurs : hormonaux, génétiques, anatomiques, mais aussi socio-culturels.

Les femmes aidantes : une population invisible et essentielle

2/3 des aidants en France sont des femmes (mères, conjointes, filles). Elles cumulent charge domestique, charge mentale et soutien au proche, ce qui entraîne :

- Fatigue chronique,
- Troubles psychiques,
- Renoncements aux soins personnels.

CONCLUSION

Le genre du soin : pourquoi la médecine doit changer de regard ?

Comme le rappellent Delphine Bauer et Ariane Puccini dans "Mauvais traitements. Pourquoi les femmes sont mal soignées", les femmes ne sont pas simplement des "hommes comme les autres".

Pour les médecins, cela implique d'adapter l'approche diagnostique et thérapeutique, en intégrant les pathologies propres aux femmes.

Les produits de santé, dispositifs médicaux ou protocoles thérapeutiques sont aussi développés à partir de modèles masculins, ce qui peut les rendre moins efficaces ou moins sûrs pour les femmes. Dans le même temps, l'industrie pharmaceutique montre un intérêt croissant pour le "marché féminin", parfois davantage sous l'angle marketing que médical : certains produits présentés comme "spécialement pour les femmes" sont vendus plus chers, alors qu'ils ne diffèrent pas réellement de leurs équivalents non genrés (ce qu'on appelle la "taxe rose").

ENDOMÉTRIOSE

AFENA : LA FILIÈRE RÉGIONALE ENDOMÉTRIOSE EN NOUVELLE-AQUITAINE

L'AFENA est mandatée par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine pour déployer et animer la filière régionale endométriose, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre l'endométriose.

L'endométriose touche près d'une femme sur dix et représente un enjeu majeur de santé publique. Le repérage précoce, l'orientation adaptée et la coordination des soins sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des patientes.

En tant que médecin libéral, vous êtes en première ligne pour détecter les symptômes évocateurs et orienter vos patientes.

Il nous paraît important de suivre les différentes étapes pour une prise en charge optimale en suivant les 3 étapes du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} recours :

- le médecin généraliste dépiste et informe,
- il envoie au médecin du 2^{ème} recours, qui est le gynécologue,
- ce dernier oriente si besoin vers un centre de référence médical ou chirurgical.

Chacun sa place et son rôle afin, à la fois, de ne pas passer à côté du diagnostic, de ne pas engorger les centres de référence, et de ne pas faire de dépenses inutiles ni perdre du temps.

Si vous n'avez pas de réseau identifié, l'AFENA met à votre disposition :

- Des outils d'aide au diagnostic et des référentiels de bonnes pratiques
- Un annuaire des professionnels, et des cartographies des structures labellisées de 2^{ème} et 3^{ème} niveau en région
- Des formations et webinaires pour actualiser vos connaissances
- Des informations actualisées sur la prise en charge de l'endométriose

Si besoin l'AFENA peut vous aider à coordonner un parcours de soins sur la Nouvelle-Aquitaine. Il existe des liens entre les professionnels de santé de ville, hospitaliers et les structures spécialisées. Ces liens sont bien identifiés.

Pour adhérer, bénéficier de ces ressources et suivre les actualités de l'AFENA, vous pouvez consulter le site internet pour accéder à l'ensemble des outils et informations : www.afena.fr

Ensemble, mobilisons-nous pour réduire l'errance diagnostique et améliorer la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose.

Dr Isabelle PETIT-BREUILH - Noellie PEUCH

MÉNOPAUSE

Une seule question à poser à vos patientes de 45 à 55 ans : Où en êtes-vous de votre ménopause ?



La ménopause est la période après l'arrêt des sécrétions hormonales ovariennes (œstrogènes et progestérone) jusqu'à la fin de la vie. Ceci est dû à l'épuisement ovocytaire, le nombre d'ovocytes étant déterminé à la naissance. Elle se traduit par l'arrêt total des règles, 1 an d'aménorrhée selon la définition de l'OMS. Cette période de transition est une étape très importante chez la femme car l'arrêt des sécrétions hormonales se traduit par de nombreux troubles : certains visibles et connus : bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, sécheresse cutanée et des muqueuses, certains invisibles mais moins connus : arthralgies, symptômes urinaires. Mais aussi des pathologies invisibles mais à fort impact : ostéoporose, maladies cardiovasculaires, pour ne citer que les 2 plus importantes.

Cette période est précédée d'une période appelée pré-ménopause ou péri-ménopause où ces sécrétions ovariennes sont très instables et entraînent de nombreux inconforts chez la femme.

Il est très important que chaque médecin, quelle que soit sa spécialité, pose la question à une femme le consultant entre 45 et 55 ans : Où en êtes-vous de votre ménopause ? Afin qu'elle puisse être orientée vers un gynécologue ou un généraliste à orientation gynécologique, qui la prendra en charge, lui donnera des explications, et l'adressera si besoin vers un confrère spécialisé si un problème intercurrent est présent.

C'est dans ce contexte que l'URPS ML NA a élaboré une fiche pratique (données épidémiologiques, médicales et parcours de soin) à destination de tous les médecins.

Dr Isabelle PETIT-BREUILH

Pour en savoir + : www.urpsml-na.org

CONVENTION MÉDICALE

GROUPES D'ANALYSE DES PRATIQUES (GAP) : L'ESSENTIEL À RETENIR

Les GAP seront déployés en Nouvelle-Aquitaine en 2026 dans le cadre de la Convention médicale 2024. Le dispositif fixe des règles communes à toutes les régions : nombre de participants, choix des thématiques, rythme des réunions et modalités d'indemnisation. Voici les points clés pour comprendre leur fonctionnement avant de se positionner.

Qu'est-ce qu'un GAP ?

Un GAP réunit **10 à 15 médecins libéraux** d'une même spécialité et d'un même territoire, **5 ou 10 fois par an**, autour de cas cliniques issus de leur pratique. Les échanges s'appuient sur des **thèmes nationaux obligatoires**, complétés selon la formule par des thèmes régionaux ou choisis par le groupe.

Qui peut participer et être indemnisé ?

Le dispositif est réservé aux **médecins libéraux conventionnés installés**, seuls à être indemnisés et à compter dans le quota minimal.

Les **collaborateurs** sont assimilés à des installés : ils participent et sont indemnisés.

Les **remplaçants** et **internes** peuvent assister mais **ne sont pas indemnisés** et ne comptent pas dans les effectifs.

L'indemnisation

Chaque réunion (2h) ouvre droit à **140 €**, versés en fin d'année, sous condition d'assiduité.

- GAP 5 réunions : **au moins 4** présences,
- GAP 10 réunions : **au moins 7** présences.

Qui choisit les thématiques ?

Quatre thématiques nationales sont imposées. Le reste dépend de la formule.

- GAP 10 réunions : **4 nationaux + 3 régionaux + 3 choisis**,
- GAP 5 réunions : **4 nationaux + 1 choisi**.

Aucun thème régional n'est prévu dans la formule 5 réunions.

Devenir animateur

Chaque GAP doit être animé par un médecin formé via une **courte formation initiale de l'ODPC GQ** (Organisme de Développement Professionnel Continu des Groupes Qualité).

Ses missions : organiser le calendrier, structurer les réunions, réguler les échanges et veiller à la présentation des cas. L'animateur n'enseigne pas ; il garantit le cadre. Un autre médecin formé peut le remplacer ponctuellement.

DPC

La participation à un GAP **valide le DPC**, mais le nombre exact d'heures sera précisé ultérieurement dans le contexte de la réorganisation nationale (fermeture de Agence Nationale du Développement Professionnel Continu en 2026).



Comment trouver, rejoindre ou créer un GAP ?

- via les initiatives locales et le bouche-à-oreille,
- via le **site de l'URPS ML NA**, qui proposera prochainement un espace dédié : groupes existants, inscriptions, dépôt de candidatures animateur, création de nouveaux GAP.

Pérennité du dispositif

Les GAP sont inscrits dans une **expérimentation de trois ans** prévue par la Convention 2024.

Envie de participer ou d'aller plus loin ?

Vous pouvez :

- faire reconnaître un groupe existant,
- rejoindre un GAP,
- proposer un nouveau GAP,
- devenir animateur après la formation ODPC GQ.

Contacts directs :

URPS ML NA : gap@urpsml-na.org

ODPC GQ : nouvelleaquitaine@odpcgq.org

Laura BAUER-DUPUY

CYBERSÉCURITÉ

CYBERATTAQUE WEDA – DES LEÇONS À TIRER

Une activité nocturne inhabituelle sur des comptes utilisateurs la veille du 11 novembre, et voilà 23. 000 médecins libéraux plongés dans le noir - privés de leur logiciel métier pendant plusieurs jours – pas d'accès aux dossiers, au planning ou à la facturation.

L'éditeur Weda a coupé l'accès à son logiciel : ce réflexe sécuritaire, normal sur le plan technique, a entraîné des répercussions que le monde libéral médical français n'avait pas encore vécues.

Ce type d'événement fait réfléchir :

Sur le plan technique

Les sites d'hébergement de données médicales personnelles sont sécurisés, mais il y a des voies d'accès détournées, que ce soit par l'ingénierie sociale ou par des failles logicielles.

- Un accompagnement des médecins et de tout leur personnel reste d'actualité pour mieux connaître les pièges des biais cognitifs. C'est le travail de formation de l'URPS depuis quelques années.
- Nécessité d'utiliser des applications de sécurisation de connexion, comme Pro Santé Connect ou une double authentification, certes contraignantes. L'utilisation de canaux sécurisés de communication (VPN) est aussi à réfléchir.
- Antivirus actif et mise à jour fréquente de tous les logiciels, pour remédier aux failles techniques. Cela doit être fait sur tous nos postes.

- Cet événement doit aussi influencer nos choix du logiciel métier, à une époque où la plupart d'entre nous bascule vers des logiciels hébergés à distance (SAS). Se repose la question d'un logiciel à hébergement local, certes plus lourd à gérer mais nous proposant d'avoir un « coffre-fort à domicile plutôt qu'à la banque ».
- Développement de solutions de repli en cas de problème, par une application de l'éditeur installée sur notre poste ou par un accès aux informations du DMP (ESEA en Nouvelle Aquitaine travaille sur le projet CONFLUENCE, avec pour objectif de présenter sous la forme d'une « ligne de vie » les éléments principaux du DMP du patient). Cela donne accès à des informations certes partielles mais permet d'attendre sans trop de dégât le rétablissement complet du logiciel métier.
- Nécessité de réfléchir à un « plan de continuité » au sein de son cabinet, avec par exemple, imprimer les plannings des prochains jours - conserver des blocs d'ordonnance « papier » - demander aux patients de garder leurs principaux documents...

Sur le plan juridique

La déclaration de l'événement à la CNIL était impérative dans les 72h, à la charge du praticien responsable, et l'information était à faire auprès de toute la patientèle sur le risque d'extraction de données les concernant, sachant que cela concernait des milliers de patients sans moyen de les joindre pour leur annoncer un événement anxiogène.

Sommes-nous protégés par nos assurances ? – la garantie cybersécurité n'est pas toujours incluse dans notre multirisque professionnelle, et cela mérite d'être étudié.

Sur le plan communication

Nous avons été devant un éditeur de logiciel fournissant au compte-goutte une information certes objective à ses clients, mais ne pouvant répondre à toutes les questions sur l'activité professionnelle durant l'événement.

Sur le plan psychologique

Un travail médical ralenti et non sécurisé, sans connaître son planning et avec la nécessité d'une saisie a posteriori des informations, restera un stress et une perte de temps importants pour les praticiens victimes.

Il devra y avoir un retour d'expérience après l'affaire WEDA - les éditeurs de logiciel, les pouvoirs publics (CNIL, ANSSI) et les URPS devront se concerter pour établir et faire connaître un « plan de crise » permettant une meilleure gestion de ce type d'événement, qui n'a aucune raison de ne pas se reproduire.

Dr Philippe DURANDET, Laura BAUER-DUPUY



NOS MÉDECINS ONT DU TALENT

LA MAPS : MONEIN ACTION PRÉVENTION SANTÉ

Une association à but non lucratif, reconnue d'intérêt général, créée en 2021 à Monein par des médecins libéraux de la commune et leur infirmière Asalee

Initialement elle avait pour objectif de financer des ateliers APA (Activités Physiques Adaptées) pour les enfants en surpoids ou obèses, pris en charge par Cécile CROS (infirmière Asalee) et moi-même dans le cadre du RePPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique de Nouvelle-Aquitaine).

En effet, les ateliers APA du territoire n'étaient que peu accessibles pour nos patients du fait de l'éloignement.

Avec l'aide des Docteurs Gomichon, Guittard et Lassalle, nous avons décidé de faire de cette association un moyen

de sensibilisation, d'information et d'accompagnement à la mise en place de comportements favorables à la santé, sans se limiter au surpoids et à l'obésité.

Chaque mois une action nous permet de mettre en lumière un thème de prévention avec affiches et flyers à disposition en salle d'attente et mails d'information aux adhérents : alcool, tabac, sédentarité, harcèlement, violences, vaccinations, mémoire, don du sang, prévention cancers cutanés, Mars Bleu...

La MAPS participe également chaque année à la semaine dédiée à Octobre Rose à Monein (soirée débat le mercredi soir autour du dépistage, marche et stands divers le dimanche matin sous les halles). Dans ce cadre-là, la MAPS propose un atelier d'apprentissage à l'autopalpation mammaire.

L'enjeu majeur pour la MAPS aujourd'hui est d'améliorer ses canaux de communication pour s'adresser aux patients sans problème particulier mais qui n'adoptent pas des comportements favorables à leur santé.

Dr Sandrine SANTOUL



Pour en savoir plus



COMMUNICATION

Web°1H

Chaque année l'URPS organise des webinaires thématiques. En 2025, ils ont porté sur :

- Surpoids et Obésité : à chaque âge son parcours
- Ingénierie sociale : quand la cyberattaque passe par l'humain
- Réforme de la PDES : comment répondre à l'appel à candidature
- Groupes d'Analyse de Pratique

pour les voir ou les revoir



Restez informés

✉ contact@urpsml-na.org

in @URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine sur LinkedIn

📺 @URPSMédecinsNouvelleAquitaine sur Youtube

🌐 urpsml-na.org

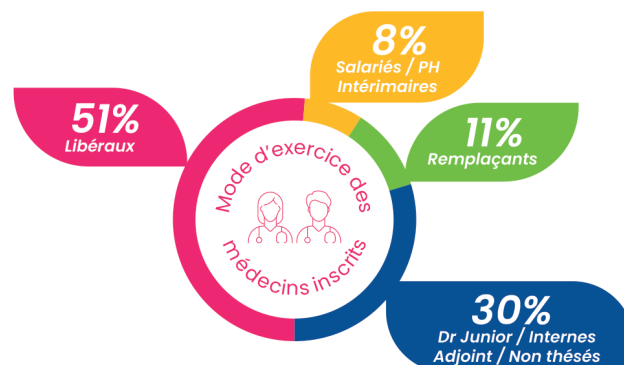
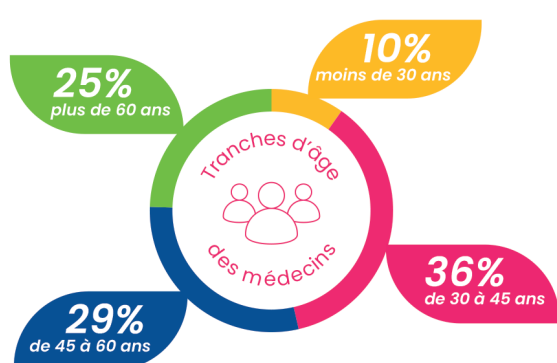


📧 Inscription newsletter



Vous souhaitez recevoir le journal par mail, contactez-nous : contact@urpsml-na.org

135 médecins participants



155

rendez-vous individuels réalisés

12

ateliers répartis en 3 sessions

12

stands

sanofi

MonMedecin.org

cardioSleep

practi.med

SEBBENE Médical

Stand inter-syndicats

AstraZeneca

Aldebaran assistant medical intelligent

Capfinances.

GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

Gesika TELECOM

CENTRE THERMAL LA ROCHE POSAY

1

Conférence-débat

14

Stands partenaires

Retrouvez + d'informations sur notre site : urpsml-na.org/jeml



RENDEZ-VOUS EN 2026 À BORDEAUX !