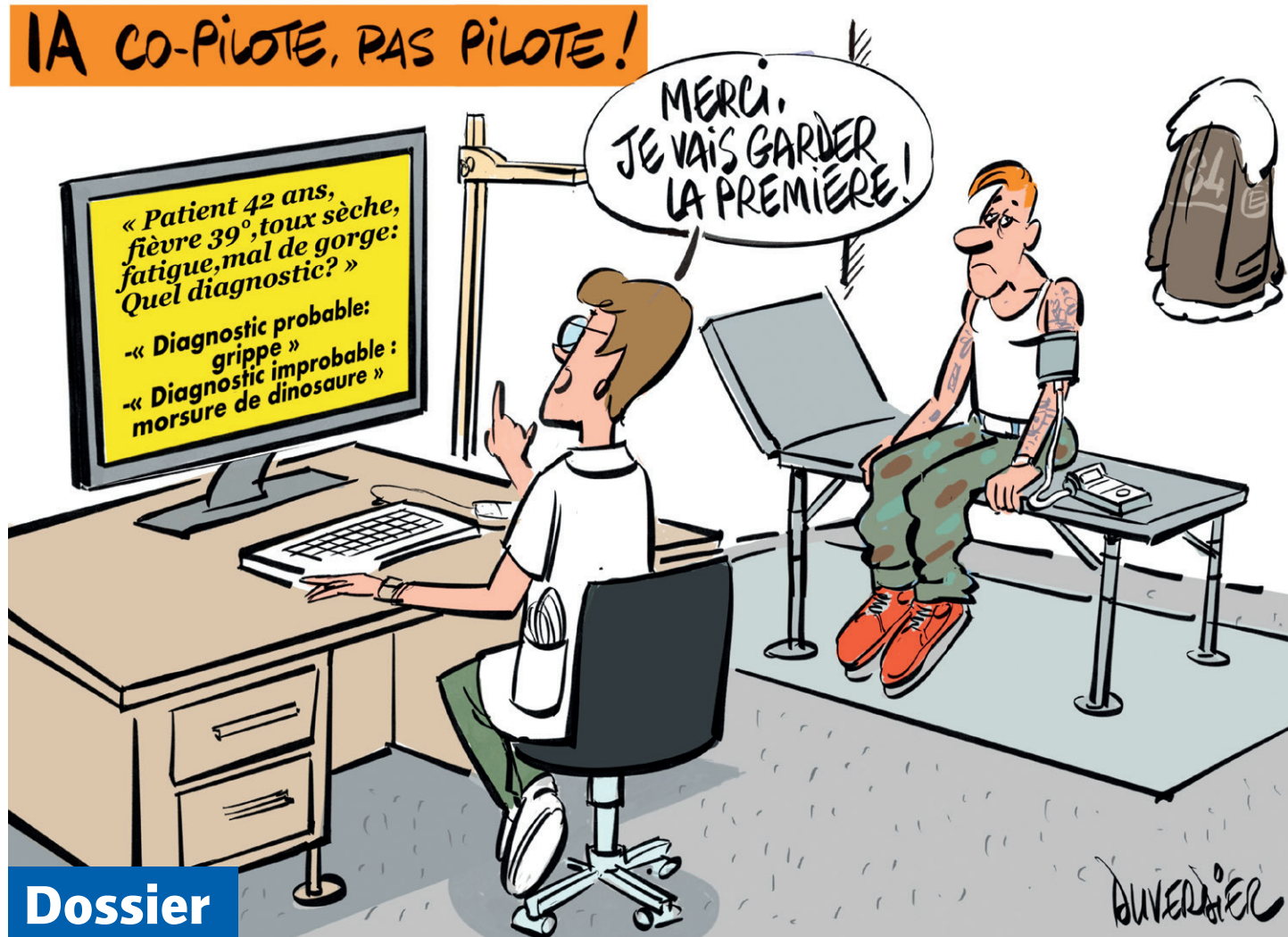


MÉDECINE LIBÉRALE

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

LA CO-PILOTE, PAS PILOTE!



Dossier

Médecine Libérale et Intelligence Artificielle

Dans ce journal :
Une fiche pratique Ménopause

#29

Avril 2026

 URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
Nouvelle-Aquitaine

Version dématérialisée sur le site :

www.urpsml-na.org

P.4

Cadmium :

Que peut faire concrètement le médecin libéral ?

P.6

à l'accueil du cabinet :

Des compétences qui font la différence !

P.15

Quand l'outil s'arrête :

Témoignages de médecins touchés par l'attaque Weda

Le grand schisme du monde médical libéral

La médecine libérale française traverse aujourd'hui une période paradoxale. Jamais elle n'a été confrontée à des défis aussi majeurs - tension démographique, complexification administrative, transformation des organisations de soins - et pourtant jamais sa parole collective n'a semblé aussi fragmentée.

Au fil des années, le paysage institutionnel de la médecine libérale s'est considérablement densifié. Syndicats médicaux, Conseil de l'Ordre des médecins, URPS, fédérations de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et fédérations de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) participant, chacun à leur manière, à la structuration du système de santé et à la représentation des professionnels.

Cette diversité d'acteurs peut être une richesse. Elle reflète l'évolution des modes d'exercice, l'émergence de la coordination territoriale et la volonté des professionnels de santé de s'organiser face aux défis contemporains.

Mais elle comporte aussi un risque : celui d'une fragmentation progressive de la représentation médicale.

Historiquement, les syndicats médicaux ont porté la défense conventionnelle et économique de la profession. L'Ordre des médecins garantit quant à lui la régulation déontologique et l'indépendance professionnelle. Les URPS ont été créés pour donner une voix territoriale aux professionnels de santé libéraux dans l'organisation régionale du système de soins.

À ces structures se sont ajoutées, plus récemment, les organisations représentatives des maisons de santé et des CPTS. Ces dispositifs répondent à une évolution légitime des pratiques : coopération interprofessionnelle, organisation des parcours de soins, structuration territoriale.

Mais à mesure que ces structures se multiplient, la question de la lisibilité de la représentation médicale devient centrale.

Qui parle aujourd'hui au nom des médecins libéraux ? Au près de qui les pouvoirs publics doivent-ils entendre la voix de la profession ? Quelle articulation réelle existe-t-il entre les différentes instances ?

Cette situation nourrit un sentiment croissant de dispersion. Elle donne parfois l'impression d'un archipel institutionnel dans lequel chaque organisation porte une partie du discours médical, sans toujours parvenir à construire une vision collective.

Or, dans un moment où l'avenir de la médecine libérale se joue - organisation territoriale des soins, accès aux soins, évolution des modes d'exercice - la profession ne peut se permettre le luxe de la division.

Le risque n'est pas seulement celui d'une rivalité entre structures. Le véritable danger est l'affaiblissement de la capacité de la médecine libérale à peser dans les décisions qui la concernent.

Car face à un État stratège et à une administration sanitaire de plus en plus structurée, une profession fragmentée devient une profession moins audible.

La médecine libérale a pourtant toujours su évoluer. Elle a su intégrer de nouveaux modes d'exercice, développer des coopérations, s'inscrire dans des dynamiques territoriales.

Mais cette évolution ne doit pas conduire à la dilution de sa représentation collective. Il est aujourd'hui nécessaire de reconstruire des ponts entre les différentes composantes du monde médical libéral. Non pour uniformiser les structures, mais pour clarifier les rôles, coordonner les positions et restaurer une parole professionnelle forte. Car, au-delà des organisations, c'est la confiance des médecins de terrain qui est en jeu. La médecine libérale reste l'un des piliers du système de santé français. Elle porte une responsabilité essentielle dans l'accès aux soins et dans la continuité du suivi des patients.

Pour continuer à assumer ce rôle, elle devra retrouver ce qui a toujours fait sa force : une capacité à parler d'une voix claire lorsqu'il s'agit de défendre l'essentiel.

La réunion du 20 mars à Paris, organisée par la CN des URPS, a été la première étape des Etats Généraux de la médecine libérale en réussissant à réunir le CNOM, les syndicats médicaux (sauf MG France et UFML) et les URPS.



Dr Didier SIMON
Président de l'URPS
Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Travaux de l'Union

- Parcours de santé : produire des ressources p.3

Prévention / Environnement

- Cadmium : Que peut faire le médecin ? p.4
- La France sans réelle stratégie de santé publique p.7

Actualités

- Services d'Accès aux Soins et Soins Non Programmés p.5
- Réforme de la Permanence des Soins en Etablissement p.5
- Quand l'outil s'arrête p.15
- Et ailleurs que se passe-t-il ? p.16
- Evènements p.17
- Le discret virage de la « mobilité médicale » p.18
- Nos médecins ont du talent p.19
- Médecins et agriculteurs p.20

Dossier

- Médecine libérale et Intelligence Artificielle p.8 à 14

Exercice médical

- A l'accueil du cabinet p.6
- Doc tripper p.19



Merci à Marie-Rose POPINEAU, qui a coordonné le journal avec passion et bonne humeur. Elle quitte l'URPS ML NA après une carrière de 25 années. Nous lui souhaitons le meilleur pour la suite !

Journal édité par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Avril 2026

ISSN 2553-9213

105 rue Belleville - CS 71 241 - 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

Imad CHAABAN - Arly COMMUNIER - Laëtitia DARRIEUTORT

Jean-Luc DELABANT - Margot ESPINE - Anne-Marie LECHARTIER

Jean-Michel LEMETTRE - Angélique MOREIRA - Cindy PERIN

Nathalie THOMAS - Ginette TOUYAROT - Alexandra SAMSON

Didier SIMON

Coordination : Marie-Rose POPINEAU et Margot ESPINE

Journaliste : Eloïse BAJOU

Dessin : Jean DUVERDIER

Design graphique : www.junglecactus.fr

PARCOURS DE SANTÉ

FOCUS SUR LES GROUPES DE TRAVAIL DE L'URPS « PARCOURS DE SANTÉ »

Produire des ressources pour mieux accompagner les médecins libéraux.

Nos groupes de travail constituent des espaces riches d'échanges et de réflexion associant médecins libéraux élus et experts issus de différents champs (santé, sociologie, démographie...). Leur objectif est de croiser les regards et les expériences afin de produire des ressources utiles au quotidien des médecins, facilitant le repérage, l'orientation et l'accompagnement des patients.

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine s'attache ainsi à promouvoir des parcours de santé ajustés aux besoins des patients et des territoires, au plus près de l'évolution des pathologies et des connaissances issues de la recherche scientifique. La réflexion autour des parcours vise notamment à :

- Favoriser la rencontre et la complémentarité des compétences entre professionnels ;
- Renforcer la place de la prévention aux côtés des soins curatifs ;
- Aborder des enjeux majeurs de santé publique dans une logique de coordination des acteurs.

Les travaux menés au sein de ces groupes de travail se matérialisent sous forme de fiches parcours, fiches pratiques ou fiches ressources et sont rendus publics sur le site internet de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine via la plateforme MEDISI.

En plus de soutenir les médecins libéraux dans leur pratique, ces ressources accompagnent les évolutions du système de santé.

Elles rendent légitime la participation de vos représentants URPS dans les instances, évènements institutionnels et consultations publiques.

Des travaux récents au service de plusieurs parcours

Ces derniers mois, la Commission Parcours de santé a permis l'élaboration de plusieurs fiches pratiques autour de thématiques prioritaires :

Dans le cadre du parcours Enfant :

- Troubles alimentaires pédiatriques (TAP)
- Troubles du sommeil

Dans le cadre du parcours Femmes :

- La ménopause : comprendre, repérer et accompagner, avec un focus sur la péri ménopause (encartée dans ce journal)

Dans le cadre du parcours Personnes âgées :

- Accompagner la santé des plus de 60 ans au quotidien, pour un meilleur repérage de la fragilité de la personne âgée.

LES TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT DE 0 À 12 ANS

Un trouble du sommeil quantitatif (temps de sommeil trop court pour l'âge) ou qualitatif (temps de sommeil conservé mais peu récupérateur) peut avoir pour conséquences : irritabilité, agitation, adhésion, somnolence, agressivité, impulsivité, difficulté des apprentissages, trouble de l'humeur, stagnation pondérale ou surpoids.

Les troubles du sommeil altèrent la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.

Ils peuvent se manifester principalement par :

- des insomnies (à partir d'1 an) : difficultés d'endormissement supérieures à 30 min et/ou réveils nocturnes prolongés ;
- des hypersomnies : sommeil nocturne et diurne excessif ;
- des dysrégulations de l'appétit.

Pour rappel

Parasomnie
Une parasomnie est un comportement involontaire qui survient lors de l'endormissement, pendant le sommeil ou lors de réveils partiels.

Il existe plusieurs types de parasomnies (rythmes d'endormissement, somnambulisme, terreur nocturne, cauchemars, somnolence favorisée par la fatigue, la fièvre, une activité physique intense, un environnement de sommeil bruyant, une situation vécue comme stressante ou un événement traumatique). Les parasomnies sont physiologiques mais leur reconnaissance et une réponse parentale inadaptée peuvent induire secondairement un trouble du sommeil (anxiété d'endormissement, réveil nocturne).

Narcolepsie
La narcolepsie est une hypersomnie rare chez l'enfant : épisodes d'endormissement imprévisibles et inopiniés dans la journée.

**À chaque consultation de suivi de l'enfant :
Poser la question de la qualité et de la quantité de sommeil**

LIENS UTILES

Retrouvez toutes nos fiches pratiques sur [MediSI](#)

Échelle de sommeil | Appréhender le sommeil | Sites Assoc. | Les bons conseils | Institut

ACCOMPAGNER LA SANTÉ DES PLUS DE 60 ANS AU QUOTIDIEN : UN REPÉRAGE POSITIF

Cette fiche pratique, réalisée par l'URPS Médecins Libéraux a pour objectif de vous accompagner, médecins généralistes et autres spécialistes, dans le repérage simple des premiers signes de fragilité afin d'aider vos patients à préserver leur santé et leur autonomie le plus longtemps possible.

Comprendre la fragilité pour mieux la prévenir

De quoi parle-t-on ?
Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas lui seul ce syndrome.

La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible.

Comment en parler ?
Parler prévention autrement : privilégier les mots « santé », « vitalité », « équilibre », plutôt que « dépendance », « chute » ou « fragilité » pour ne pas effrayer nos patients et les faire adhérer à des démarches de prévention.

La place du médecin dans le repérage et la prévention de la fragilité

Le médecin généraliste ou tout autre spécialiste joue un rôle central dans le repérage précoce de la fragilité. Il détecte les risques physiques, cognitifs, ou psychosociaux qui peuvent être éliminés avec une prise en charge adaptée.

- Il prescrit et encourage des actions de prévention.
- Il peut recommander ou réaliser des bilans spécifiques pour évaluer la condition fonctionnelle et orienter, si nécessaire, vers les ressources appropriées.
- Quelle que soit sa spécialité, chaque médecin peut contribuer à une prise en charge pluriprofessionnelle, globale et adaptée aux besoins spécifiques du patient.

Chaque échange en consultation est une opportunité pour encourager vos patients à préserver leurs capacités : mobilité, mémoire, nutrition, audition, vision et équilibre émotionnel.

Cindy PERIN

Pour visualiser la fiche sommeil et la fiche repérage de la fragilité de la personne âgée



Vous n'êtes pas élu à l'URPS ? Vous pouvez toutefois participer à nos groupes de travail dédiés aux parcours de santé de l'enfant, de la femme, des personnes âgées et en santé mentale et devenir médecin partenaire.

Contactez-nous : contact@urpsml-na.org

SANTÉ ENVIRONNEMENT

CADMIUM : QUE PEUT FAIRE CONCRÈTEMENT LE MÉDECIN LIBÉRAL ?

Près d'un adulte sur deux dépasse 0,5 µg/g de créatinine, seuil associé aux premiers effets osseux.

La voie principale d'exposition est alimentaire. Le tabac constitue une source additionnelle. Certaines populations sont plus exposées : les enfants consommateurs de céréales, les fumeurs, les personnes carencées en fer, les populations vivant sur des sols imprégnés de cadmium.

Repérer les patients à risque

Au cabinet, quelques questions ciblées permettent d'identifier les situations justifiant une vigilance particulière : lieu de résidence actuel et antérieur, jardin potager ou autoconsommation, proximité d'anciens sites industriels, comportements d'ingestion de terre chez l'enfant, consommation fréquente de coquillages/abats, tabagisme actif ou passif, carence en fer, zinc ou calcium (facteurs augmentant l'absorption digestive).

Conseiller sans exclure

L'enjeu majeur au cabinet reste **la réduction de l'exposition cumulative**, sans exclure brutalement des aliments. Le message clé : diversifier et rééquilibrer. L'objectif n'est pas d'interdire des aliments mais de **rééquilibrer et diversifier**, en diminuant certains produits (céréales infantiles non bio...) ; en favorisant la consommation de produits issus de l'agriculture biologique, en privilégiant certains aliments et en encourageant le sevrage tabagique. Vous trouverez dans le QR code ci-dessous, une liste d'aliments à privilégier et à diminuer à partager avec vos patients.

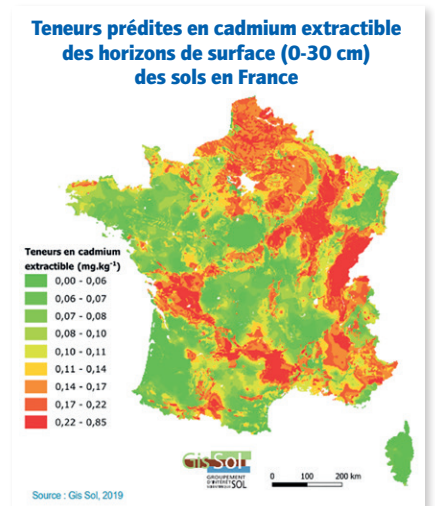
Informier et rassurer

L'objectif est de **réduire l'exposition cumulative**, sans alarmisme. Le cadmium est reconnu **cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction. Il entraîne des atteintes rénales, osseuses, neurologiques et est associé à un surrisque cardiovasculaire et de mortalité par cancer. Sa particularité est son accumulation dans l'organisme, principalement dans les reins, le foie et le pancréas. Sa demi-vie est de 21 à 43 ans.**

Prescrire une cadmiurie uniquement chez les personnes les plus exposées

La cadmiurie est **l'indicateur de référence de l'imprégnation chronique**. En pratique : utiliser un laboratoire accrédité (technique ICP-MS), interpréter selon les **valeurs de référence liées à l'âge**. Une valeur supérieure au seuil d'âge sans dépasser 1 µg/g créatinine conduit à vérifier l'absence de carence martiale, calcique ou en zinc et à organiser un suivi. Un taux ≥ 1 µg/g justifie une évaluation complémentaire, notamment de la fonction rénale.

Dr Jean-Luc DELABANT et Arly COMMUNIER



Pour en savoir + sur les études et télécharger les flyers



IMPORTANT

Participez à la Grande Consultation Santé du Shift Project mesurant l'impact des enjeux climatiques sur :

- l'évolution des pathologies
- l'adaptation de vos pratiques

Pour compléter l'enquête



ACCÈS AUX SOINS

SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS : MÉDECINS DE NOUVELLE-AQUITAINE, VOUS ÊTES AU RENDEZ-VOUS

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) confirme aujourd'hui sa place dans l'organisation des soins en Nouvelle-Aquitaine. Et un constat s'impose : les médecins généralistes libéraux sont au rendez-vous.

Contrairement aux inquiétudes initiales, la volumétrie des demandes de soins non programmés reste maîtrisée. Les soins non programmés font déjà partie du quotidien des médecins, et le SAS vient en structurer la réponse, sans surcharge excessive.

Sa force repose sur un principe central : **une régulation médicale** réalisée par des médecins permettant cette articulation entre médecins régulateurs et médecins effecteurs. Les patients sont orientés par des confrères, pour des confrères, garantissant **la pertinence des prises en charge** et limitant les recours inadaptés aux urgences.

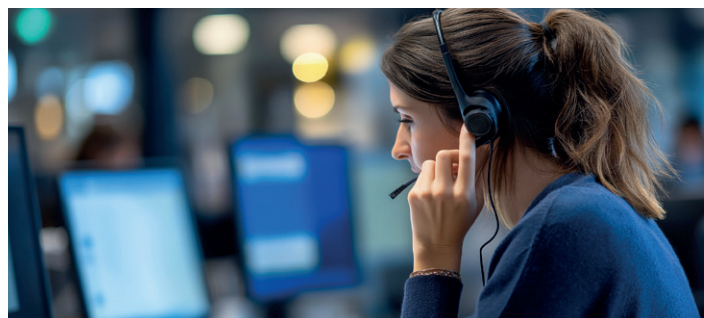
Ce modèle fonctionne parce qu'il est construit par les professionnels eux-mêmes, en lien avec les dynamiques territoriales, notamment portées par les CPTS. Il démontre **la capacité de la médecine de ville à répondre aux besoins de soins non programmés**, à condition de s'appuyer sur une organisation adaptée.

À découvrir prochainement :
le SAS des Landes
Un focus dédié sur les données d'activité et l'organisation sera publié sur notre site.

Un enjeu majeur demeure toutefois : **renforcer la régulation médicale libérale**. Essentielle au bon fonctionnement du dispositif, elle nécessite aujourd'hui de nouveaux médecins, dans un contexte marqué par un âge moyen élevé et des enjeux de renouvellement.

À l'heure des évolutions du SAS et du développement de filières spécialisées, il est essentiel de **consolider ce qui fonctionne** : une organisation fondée sur les médecins, au plus près des territoires.

**Venez découvrir la régulation !
Devenez médecin régulateur !**



Réforme de la PDSES : une mobilisation forte, des équilibres à construire

Dans le cadre de la réforme de la Permanence des Soins en Établissement de Santé (PDSES), l'URPS Médecins, en partenariat avec la FHP Nouvelle-Aquitaine, s'est engagée dans la mise en œuvre du nouveau schéma, actuellement en phase de finalisation. Cette mobilisation s'est accompagnée d'une communication active (webinaires, courriers) en direction des médecins libéraux de plateaux techniques, des présidents de CME et des directions d'établissements privés.

L'objectif est double : assurer la continuité de la PDSES et adapter l'offre de soins aux besoins spécifiques des territoires et à la démographie médicale.

Les médecins et les directions ont largement répondu présent lors de l'appel à candidatures, limitant ainsi le nombre de constats de carence établis par l'ARS à seulement 19. Cette forte implication traduit leur volonté de participer activement à l'organisation des lignes de PDSES.

L'analyse des candidatures a reposé sur plusieurs critères : la réponse aux besoins de santé, la soutenabilité des équipes médicales, la sécurité des prises en charge et la cohérence territoriale des organisations proposées.

Malgré cette dynamique, certaines tensions ont persisté dans plusieurs territoires et spécialités. Des concertations territoriales se sont organisées afin d'identifier les solutions les plus adaptées, notamment par la mise en place de coopérations entre établissements, y compris au niveau supra-départemental.

Dans certains cas, faute de positionnement des structures pour répondre aux besoins d'organisation collective de la permanence des soins, l'ARS a dû procéder à des réquisitions : au total, 16 établissements publics et privés ont été mobilisés pour assurer 8 lignes de PDSES.

Ces situations illustrent l'importance du travail collaboratif et de la mobilisation territoriale et rappellent que la réussite de la réforme repose avant tout sur une dynamique collective et territoriale.

La cartographie actualisée de la PDSES sera prochainement disponible sur le site de l'URPS.

FORMATION PERSONNEL D'ACCUEIL

À L'ACCUEIL DU CABINET : DES COMPÉTENCES QUI FONT LA DIFFÉRENCE !

**Un cabinet médical n'est pas seulement un lieu de soins,
et l'accueil ne se limite pas à la prise de rendez-vous.**

C'est un espace de passage, d'émotions, d'attentes... et parfois de tensions. À l'accueil, secrétaires, assistants médicaux et personnels administratifs sont en première ligne. Leur rôle est central dans la qualité de la relation avec la patientèle et dans le bon fonctionnement du cabinet. Leur donner des repères et des outils adaptés constitue, aujourd'hui, un levier concret de qualité et de sérénité, pour les équipes comme pour les médecins.

Former ses équipes : une démarche utile et structurante

Former ses salariés relève des responsabilités de l'employeur, mais il s'agit surtout d'une opportunité de renforcer durablement le fonctionnement du cabinet.

Développer les compétences des équipes, c'est améliorer la qualité de l'accueil, fluidifier les échanges, mieux gérer les situations délicates, prévenir l'épuisement professionnel et garantir le bien-être de chacun.

Une offre de formation ancrée dans la réalité des cabinets

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine, en collaboration avec ARAMIS Performance, propose une offre de formation spécifiquement conçue pour les personnels d'accueil des cabinets libéraux, articulée autour de quatre axes complémentaires :

- Bien accueillir en cabinet médical : poser un cadre clair, adopter la bonne posture, instaurer une relation de confiance dès le premier contact.
- Communiquer efficacement et prévenir les conflits : améliorer les échanges, prévenir les incompréhensions, gérer les situations sensibles avec professionnalisme.
- Gestes de premiers secours : savoir réagir face à une urgence et sécuriser les personnes présentes.
- Comprendre le stress du patient pour mieux le gérer : préserver l'équilibre professionnel, limiter la charge émotionnelle et favoriser un climat de travail apaisé.

Ces formations ont un objectif simple : outiller les équipes pour mieux faire face aux réalités du quotidien sans alourdir les pratiques !



Anticiper pour optimiser la prise en charge

Ces formations peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'OPCO-EP (organisme de formation auquel vous cotisez automatiquement).

Les enveloppes étant limitées, l'anticipation des inscriptions augmente les chances de financement avec un reste à charge minimal de 50 € par formation et par apprenant.

Anticiper les inscriptions, c'est donc :

- Sécuriser l'accès à la formation,
- Optimiser le financement,
- Et éviter de renoncer, faute de place ou de budget disponible.

Former aujourd'hui, c'est investir dans la stabilité du cabinet, la qualité de l'accueil et le bien-être des équipes.

Laura BAUER-DUPUY

**Informations, modalités d'inscription
et calendrier des prochaines dates**



Groupes d'Analyse des Pratiques : la dynamique est lancée en Nouvelle-Aquitaine

Les Groupes d'Analyse des Pratiques (GAP) se déploient en Nouvelle-Aquitaine ! À ce jour, 6 groupes sont lancés ou en cours de lancement en Gironde, Charente-Maritime, Pyrénées-Atlantiques, Haute-Vienne et Landes, avec déjà 63 médecins généralistes inscrits.

Vous avez envie de rejoindre la dynamique, ou simplement d'en savoir plus ?

Contactez-nous : gap@urpsml-na.org

Et restez attentifs : un site régional dédié aux GAP sera bientôt en ligne, avec l'ensemble des ressources utiles et une cartographie territoriale pour faciliter la mise en relation.

PROMOTION DE LA SANTÉ

LA FRANCE RESTE SANS RÉELLE STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans sa thèse comparant les dispositifs de consultations dédiées à la prévention : Centres d'Examens de Santé (CES), Mon Bilan Prévention, et MedPrev, le Dr Alice Langlet a identifié 12 dimensions clés de maturité traduisant leur degré de structuration.

Ces douze dimensions sont la posture professionnelle, le pouvoir d'agir, la mise en réseau, la vision, la stratégie de changement, l'innovation, l'outil numérique, l'approche du marché, le modèle économique, l'évaluation, la gouvernance, le déploiement.

Chaque dimension est décrite par 4 niveaux, de l'absence ou structuration minimale (0) jusqu'à une organisation pleinement structurée, générative et transformante (3). Le modèle vise à offrir un **cadre de lecture structuré sans être normatif, utilisable comme outil d'auto-analyse et de pilotage pour les acteurs.**

Les CES apparaissent très matures en gouvernance, déploiement et mise en réseau, avec un fort ancrage institutionnel et territorial auprès de publics vulnérables, mais leur capacité d'innovation et de transformation est limitée par des directives descendantes.

Au-delà de ces critères comparatifs, l'analyse montre que la **prévention structurée ne suffit pas si le contexte politique, économique et organisationnel ne soutient pas réellement la bascule vers le préventif** et la prise en compte des déterminants de santé.

Ainsi, **une stratégie de santé publique plus cohérente** serait nécessaire pour transformer durablement l'environnement de santé de la population.

Dans ces conditions, l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique quotidienne reste une gageure, c'est ce qu'ont montré Mylène Massey et Émilie Rousseau dans leur thèse.

La promotion de la santé : une volonté d'essai qui ne se transforme pas dans la pratique quotidienne.

Mylène Massey et Émilie Rousseau ont réalisé leur thèse de médecine générale avec une étude qualitative sur la **promotion de la santé en soins primaires**, auprès de 20 jeunes médecins généralistes, installés ou remplaçants, de la Vienne et des Pyrénées-Atlantiques.

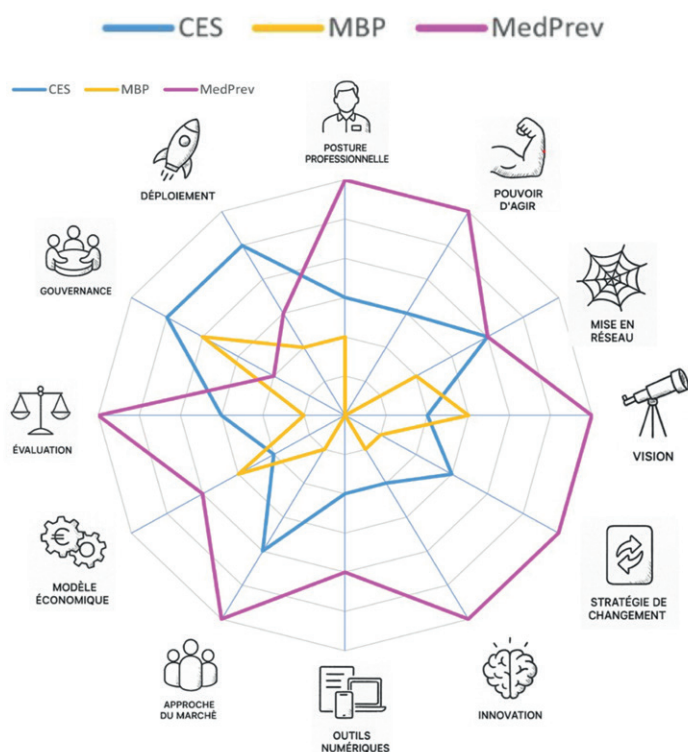
Les résultats montrent que la **promotion de la santé est souvent jugée abstraite, mal connue**. Les médecins se montrent motivés, ils connaissent **l'approche centrée patient** mais dans la pratique, l'activité reste très centrée sur une approche biomédicale, avec un recours insuffisant aux leviers de promotion de la santé plus globaux et collectifs.

Les principaux freins cités sont le **manque de temps, la rémunération à l'acte**, la méconnaissance du **réseau**, les injonctions administratives, **l'influence des lobbies et des tabous sociaux** : santé mentale, addictions, modes de vie.

Les médecins expriment un besoin de formation en promotion de la santé, d'outils concrets, de **consultations/cotations dédiées** et d'un meilleur **accès à un réseau pluridisciplinaire** : IPA, diététiciens, APA, ASALEE,...

Ils proposent de renforcer l'éducation sur les déterminants majeurs, la collaboration pluriprofessionnelle, la lutte contre les inégalités sociales, les actions en milieu scolaire et une **communication numérique plus ludique, cohérente et positive.**

Nathalie THOMAS



Mon Bilan Prévention repose surtout sur une gouvernance centrale forte et une capacité d'agir sur la tarification à l'acte, mais reste peu mature sur les autres dimensions.

MedPrev est le dispositif le plus créatif et transformateur mais il manque d'un modèle économique solide et d'une gouvernance forte, ce qui freine son déploiement et sa pérennité.



MÉDECINE LIBÉRALE ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

IA générative : effet de mode ou nouvel outil du cabinet médical ?

L'intelligence artificielle fait beaucoup de bruit. Trop parfois ?

Promesse de gain de temps, révolution du soin, menace pour la relation médecin-patient... difficile de s'y retrouver.

Pourtant, une chose est sûre : l'IA générative est déjà là. Et elle ne concerne plus seulement la recherche ou les grands hôpitaux. Elle touche très concrètement l'exercice libéral.

L'IA générative, c'est un outil capable de produire du contenu : rédiger, reformuler, synthétiser, structurer de l'information, analyser des documents. Appliquée au quotidien d'un cabinet, cela peut vouloir dire :

- Moins de temps passé sur des tâches répétitives, administratives,
- Une aide à la rédaction de courriers ou de comptes rendus,
- Un appui à l'organisation, à la préparation de consultations, au diagnostic ou à l'information des patients.

Mais soyons clairs : l'IA ne soigne pas. Elle n'a ni responsabilité médicale, ni jugement clinique, ni relation humaine. Elle peut assister, suggérer, alerter... jamais décider à la place du médecin.

La vraie question n'est donc pas « faut-il y aller ou non ? », mais plutôt :

- Quels usages sont pertinents aujourd'hui en médecine libérale ?
- Où sont les lignes rouges (données de santé, fiabilité, responsabilité) ?
- De quel accompagnement les médecins ont-ils réellement besoin pour s'approprier ces outils sans se mettre en difficulté ?

Ce dossier spécial propose un regard pragmatique sur l'IA en médecine libérale. Ni discours promotionnel, ni posture défensive. Juste une ambition : recenser les besoins mais aussi aider les médecins libéraux à comprendre et utiliser l'IA en connaissance de cause, au service de leur pratique... et non l'inverse.

Laura BAUER-DUPUY

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET RESPONSABILITÉ MÉDICALE : UN CADRE EN CONSTRUCTION

L'intelligence artificielle (IA) s'installe progressivement dans l'exercice médical libéral, souvent plus vite que les cadres juridiques et déontologiques censés l'encadrer. Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine, publié en octobre 2025, sur « Intelligence artificielle et responsabilité médicale » apporte un éclairage structurant, en particulier pour la médecine de ville.

Il ne s'agit plus de débattre de l'opportunité de l'IA, mais de clarifier les conditions de son usage, les garanties nécessaires et les responsabilités engagées. À ce jour, aucune jurisprudence spécifique ne porte encore sur l'usage de l'IA en pratique médicale : les contentieux seront appréciés au regard des principes classiques de la responsabilité médicale, appliqués à des situations nouvelles.

Une IA déjà présente dans les cabinets de ville

Dans les cabinets libéraux, l'IA est souvent déjà à l'œuvre, parfois sans être identifiée comme telle : aides à la rédaction, outils de priorisation, interprétation d'images, assistance à la prescription, suivi de pathologies chroniques ou analyse automatisée de données.

Cette évolution ne s'accompagne toutefois d'aucun transfert de responsabilité : **l'IA demeure un outil d'aide, et non un décideur. Le médecin reste responsable des décisions de prévention, de diagnostic et de traitement, y compris lorsqu'elles s'appuient sur un système algorithmique.**

Trois obligations centrales en cas de recours à l'IA

Informier le patient

Depuis la loi de bioéthique d'août 2021 (article L.4001-3 CSP), le patient doit être informé lorsqu'un acte repose sur un dispositif utilisant des données massives. L'information doit être compréhensible et tracée.

Un défaut d'information peut engager la responsabilité, notamment au titre d'une perte de chance.

Maîtriser l'outil et conserver la décision clinique

« On ne peut accepter en conscience que ce que l'on comprend ». Partant de ce principe, se pose la question de la formation des médecins.

Le règlement européen sur l'IA (AI Act, juin 2024) consacre le principe de « garantie humaine » : la décision appartient toujours au professionnel de santé.

Le médecin doit connaître les indications, limites et risques du système utilisé et conserver une distance critique face aux propositions algorithmiques.

La question est ouverte : à terme, l'absence de formation ou de mise à jour des connaissances pourrait-elle être analysée comme un défaut de maîtrise ?

Protéger et tracer les données

L'usage de l'IA multiplie les flux de données de santé. En

exercice libéral, le praticien demeure responsable des données qu'il saisit, échange ou fait traiter, au regard du RGPD et des exigences de la CNIL. La traçabilité dans le dossier médical devient un élément central de sécurisation.

Le médecin libéral, identifié comme « déployeur » d'IA

Le cadre européen distingue le fournisseur (éditeur) du « déployeur », c'est-à-dire l'utilisateur professionnel du système.

Le médecin libéral est juridiquement identifié comme déployeur.

Si les fournisseurs ont des obligations renforcées de conformité, la responsabilité première de l'acte médical demeure celle du praticien, sauf défaut avéré du produit.

Le règlement européen sur l'IA entrera pleinement en vigueur en août 2027. Il renforcera les exigences applicables aux systèmes d'IA à haut risque en santé, sans exonérer le médecin de ses obligations de vigilance.

Une responsabilité appréciée à la date des faits : un enjeu majeur

En droit médical, la responsabilité s'apprécie toujours à la date des faits, au regard des connaissances disponibles à ce moment-là. C'est précisément sur ce point que l'IA soulève une difficulté nouvelle.

Les performances et recommandations liées à l'IA évoluent rapidement. Le décalage potentiel entre l'état des connaissances au moment de l'acte et celui existant lors d'un contentieux constitue un enjeu majeur.

D'où l'importance de pouvoir démontrer une décision éclairée, prudente et conforme aux données disponibles au moment des faits.

Trouver le juste équilibre

À terme, ne pas utiliser une IA améliorant significativement la qualité des soins pourrait être discuté comme une perte de chance. À l'inverse, une confiance aveugle dans l'algorithme expose à un risque juridique et éthique.

L'enjeu n'est pas l'adoption rapide de technologies nouvelles, mais leur intégration maîtrisée. Formation, information du patient, compréhension des limites (biais, données d'entraînement, contexte clinique), traçabilité et protection des données constituent aujourd'hui les piliers d'un usage sécurisé.

Plus que jamais, l'IA impose de conjuguer innovation et discernement : « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme. »

DONNÉES DE SANTÉ : QUAND L'IA DÉPEND ENTIÈREMENT DE LEUR QUALITÉ

L'intelligence artificielle n'est plus un sujet réservé à quelques spécialités technophiles ou à des projets pilotes hospitaliers.

Si ses usages les plus visibles se développent aujourd'hui dans des domaines fortement techniques — imagerie, oncologie, radiothérapie — ses effets, ses risques et ses responsabilités concernent l'ensemble des médecins, quels que soient leur spécialité, leur mode d'exercice ou leur lieu de pratique.

Aide à la décision, rédaction, tri de l'information, organisation des soins, relation patient : l'IA s'infiltré déjà dans le quotidien médical, parfois de façon explicite, parfois plus insidieuse.

Or, derrière les promesses de gain de temps et de performance se posent des questions fondamentales : qualité des données, biais algorithmiques, maintien des compétences... L'enjeu n'est donc pas technologique. Il est médical, éthique et professionnel.

Ce que l'IA change déjà concrètement

En médecine, l'IA excelle dans les tâches à forte intensité de données :

- Analyse d'imagerie médicale (auto-segmentation, détection de lésions, priorisation),
- Optimisation des traitements, notamment en radiothérapie (dosimétrie automatique, planification),
- Aide à la décision clinique par croisement de données cliniques, biologiques et scientifiques,
- Réduction de la charge cognitive et technique.

Les gains sont réels : certaines applications permettent

jusqu'à 70 % de réduction du temps sur des tâches complexes, avec une meilleure reproductibilité. Dans ces cas, l'IA agit comme un outil d'augmentation du médecin, pas comme un remplaçant.

L'illusion dangereuse de la « compréhension » par l'IA

Un point mérite d'être clairement posé : **une IA ne comprend pas la médecine.**

Elle n'accède ni au raisonnement clinique, ni aux mécanismes physiopathologiques. **Elle apprend par corrélations statistiques à partir de données d'exemples.**

Un algorithme peut ainsi produire un résultat :

- Mathématiquement performant,
- Cohérent en apparence,
- Mais dénué de sens clinique réel.

C'est précisément ce décalage entre performance numérique et pertinence médicale qui rend certaines erreurs difficiles à détecter — en particulier lorsqu'elles sont « réalistes » et non manifestement aberrantes.

Le risque discret mais réel : l'involution des compétences

L'automatisation progressive de certaines tâches pose une question centrale : **que devient l'expertise humaine quand l'IA "fait bien" ?**



Plus l'outil est performant, plus le risque est celui d'une délégation implicite :

- Perte de réflexes d'analyse critique,
- Moindre capacité à détecter une erreur « réaliste » (cohérente mais cliniquement fautive),
- Dépendance accrue à des systèmes partiellement opaques.

Or, paradoxalement, **l'IA exige plus d'expertise médicale, pas moins.** Car détecter une erreur subtile d'un algorithme nécessite un haut niveau de compétence clinique, parfois supérieur à celui requis en l'absence d'IA !

Sans formation et maintien des compétences, le risque n'est pas l'erreur flagrante, mais l'acceptation passive d'un résultat trompeur.

« Mauvaises données, mauvaise décision » : le talon d'Achille de l'IA médicale

Le principe souvent résumé par « garbage in, garbage out » est central en médecine :

La qualité des décisions algorithmiques dépend directement de la qualité des données.

En santé, ce point est particulièrement critique :

- Données incomplètes (données manquantes, non renseignées),
- Données non exhaustives (facteurs confondants absents),
- Données peu structurées ou non standardisées,
- Données peu représentatives de la population réelle,
- Données difficilement extractibles : par exemple près de 97 % des données hospitalières sont des « données dormantes », non exploitables directement.

Une IA entraînée ou utilisée sur des données biaisées, partielles ou non adaptées, produira des résultats apparemment plausibles, mais potentiellement dangereux. C'est précisément ce type d'erreur qui est le plus difficile à détecter pour le médecin.

Autrement dit : une IA peut être mathématiquement performante tout en étant cliniquement trompeuse.

Données, biais et inégalités : un risque systémique

Les biais algorithmiques ne sont pas hypothétiques.

Certaines IA sont capables d'identifier l'origine ethnique d'un patient à partir d'imageries médicales, sans que cette information ne soit explicitement fournie.

Cela soulève plusieurs enjeux majeurs :

- Risque de discrimination indirecte dans les décisions médicales,
- Sous-performance des outils pour des populations peu ou mal représentées,
- Difficulté d'appliquer un outil conçu dans un contexte (ex. États-Unis) à un autre (ex. Europe, Afrique).



Sans vigilance, l'IA risque de creuser les inégalités de soins, en particulier pour les populations minoritaires, vulnérables ou protégées.

Déployer une IA n'est pas un acte ponctuel

Un outil d'IA ne peut être considéré comme définitivement fiable après sa seule validation initiale.

Les données évoluent, les pratiques changent, les populations aussi.

Sans **suivi continu**, sans indicateurs de performance et de sécurité, un outil pertinent à un instant donné peut devenir progressivement inadapté, voire dangereux.

La gouvernance de l'IA est donc un processus, pas un événement.

Un outil puissant, à manier avec exigence

L'IA en médecine n'est ni une menace, ni une solution miracle. C'est un **outil puissant**, qui impose :

- Une gouvernance rigoureuse des données,
- Une évaluation clinique continue,
- Une formation adaptée et régulière des professionnels,
- Une intégration raisonnée dans les pratiques.

La vraie question n'est donc pas faut-il utiliser l'IA ?

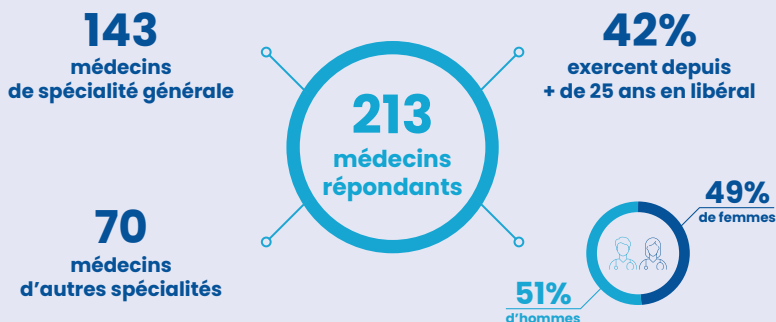
Mais comment l'utiliser sans perdre l'expertise, le discernement et la responsabilité qui fondent la médecine de spécialité.

ENQUÊTE IA

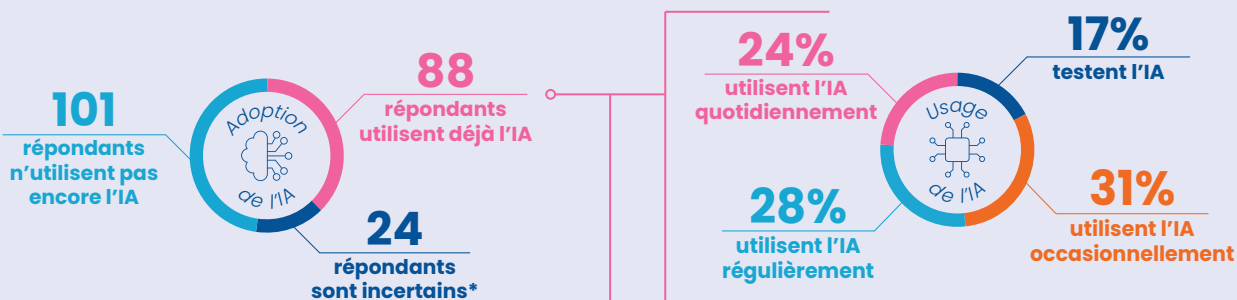
Intelligence artificielle & médecine libérale en Nouvelle-Aquitaine

Résultats de l'enquête menée en février 2026 à destination des médecins de toutes spécialités

Profil des répondants

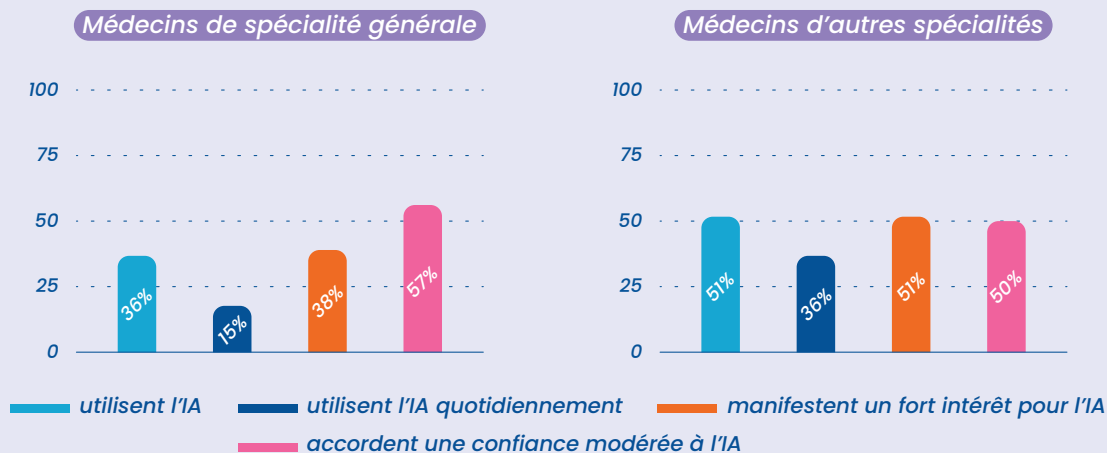


Adoption & usage de l'IA



* ne savent pas si leurs outils de cabinet intègrent de l'IA par défaut

Quelles différences d'utilisation de l'IA entre médecins de spécialité générale et médecins d'autres spécialités ?



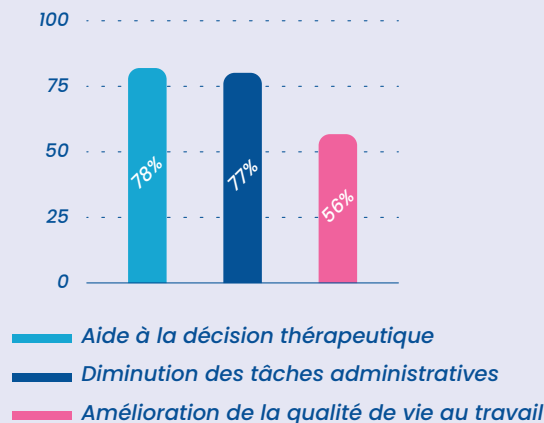
83% pensent que l'IA va transformer leur médecine (totalement ou partiellement)

20% estiment que l'IA va fortement modifier la responsabilité médicale

ENQUÊTE IA

Pour l'ensemble des répondants, utilisateurs d'IA ou non :

Bénéfices attendus



Focus médecins de spécialité générale



Focus médecins d'autres spécialités

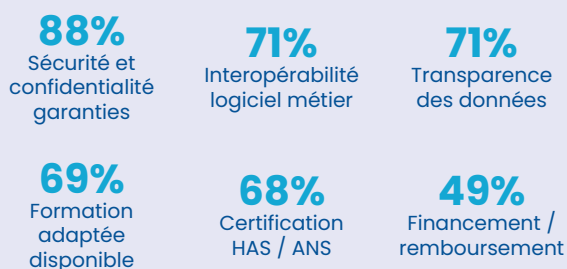


Risques perçus



Conditions d'adoption

Vos prérequis indispensables avant l'utilisation d'un outil d'IA



63% des médecins de spécialité générale pointent une responsabilité médico-légale floue

20% des médecins d'autres spécialités pointent une responsabilité médico-légale floue

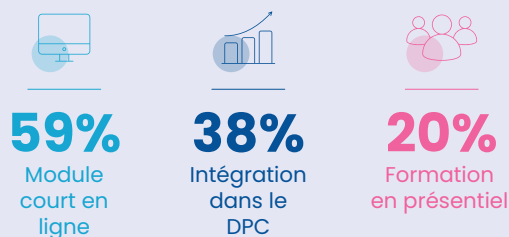
Formation & réglementation

80% n'ont jamais suivi de formation IA

77% jugent leur connaissance réglementaire insuffisante
Seulement 5% s'estiment suffisamment informés

77% seraient intéressés par des formations référencées par l'URPS ML NA

Types de formation souhaités



IA EN SANTÉ : TOUR D'HORIZON DE QUELQUES OUTILS

Face à la multiplication des outils, une question se pose : comment identifier des solutions fiables ?

Le label Éthik-IA : vers une IA sous supervision humaine

Le label **Garantie Humaine de l'IA**, lancé en 2023 par Éthik-IA avec le Digital Medical Hub, vise à garantir que les solutions d'IA en santé respectent des exigences éthiques, juridiques et médicales tout au long de leur cycle de vie.

Il repose notamment sur une évaluation externe des solutions, une approche collégiale et le principe central de supervision humaine des systèmes d'IA, afin que la décision médicale reste toujours entre les mains du professionnel de santé.

Quelques solutions identifiées par Ethik IA :

DALVIA Santé (Docaposte – La Poste Santé & Autonomie)

Une plateforme d'IA générative qui permet notamment de transcrire une consultation, générer des synthèses médicales et préparer des courriers, afin de réduire la charge administrative.

Tandem

Un dispositif basé sur un boîtier captant les échanges lors de la consultation. L'IA transforme ensuite la conversation médecin-patient en comptes rendus structurés et courriers médicaux, ce qui permet de limiter le temps de rédaction après consultation.

Mata Medical Data

Un agent conversationnel spécialisé en radiologie s'appuyant sur une base importante de données radiologiques annotées pour faciliter l'accès à la connaissance et la production de comptes rendus.

Des initiatives françaises à suivre : MedGPT et EBiM (Evidence Based Artificial Intelligence Medicine) :

Développé par le **CNGE** avec le **CMG, FASFOX** et les technologies de **Mistral AI**, **EBiM** est un outil d'aide à la décision destiné aux **médecins généralistes**. Il permet des **recherches rapides en consultation** à partir d'un **corpus scientifique validé**, avec des réponses **sourcées et vérifiables**. Le jugement clinique du médecin reste central.



Parmi les initiatives françaises, on peut également citer **MedGPT**, développé par la société bordelaise Synapse Medicine.

Il s'agit d'un **LLM spécialisé en médecine**, conçu comme une alternative aux assistants généralistes. Contrairement aux IA grand public comme ChatGPT par exemple, il s'appuie sur des **sources médicales françaises et européennes validées** (HAS, ANSM, sociétés savantes, base médicale Thériaque) et fournit des réponses traçables avec citation des sources. Développé dans une logique de conformité aux standards du dispositif médical et aux exigences réglementaires européennes, MedGPT est aujourd'hui utilisé par plus de 40 000 professionnels de santé.

Vers des usages qui vont continuer à se structurer

L'IA médicale progresse rapidement et les usages vont continuer à se structurer dans les prochaines années. L'enjeu pour les professionnels de santé sera surtout **d'identifier des solutions fiables, transparentes et adaptées aux pratiques médicales françaises**, afin d'en faire de véritables outils d'appui au quotidien dans la pratique médicale.

Dossier réalisé par Laura BAUER-DUPOUY et Margot ESPINE



CYBERATTAQUE

QUAND L'OUTIL S'ARRÊTE : TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS TOUCHÉS PAR L'ATTAQUE WEDA

Une cyberattaque visant un logiciel métier n'est pas un incident abstrait : elle désorganise immédiatement l'activité et interroge la responsabilité des praticiens : deux témoignages sur les conséquences concrètes.

« On a dû revenir au papier du jour au lendemain »



**Dr Imad Chaaban,
Généraliste à Agen (47)**

Cabinet de groupe à Agen (3 médecins généralistes, une interne, une secrétaire, une infirmière ASALEE), entièrement équipé du logiciel Weda.

Lorsque la cyberattaque survient, le Dr Imad Chaaban est en congés. Il découvre la situation à son retour.

J'ai tout de suite pensé à la continuité des soins. Retrouver les ordonnances, le fil des consultations, gérer les renouvellements... tout est devenu compliqué.

L'activité est fortement perturbée : retour au fonctionnement manuel, perte de temps, désorganisation. **Les patients se montrent compréhensifs, mais beaucoup découvrent qu'un cabinet libéral peut être directement concerné par une cyberattaque.**

Au-delà de l'organisation, la question réglementaire s'impose rapidement. En tant que responsables de traitement au sens du RGPD, les médecins doivent, en cas de violation de données personnelles, évaluer le risque et, le cas échéant, notifier la CNIL dans un délai de 72 heures.

Mes confrères se sont demandé si c'était à nous de faire la déclaration à la CNIL. L'information est arrivée tardivement, avec très peu d'éléments sur la nature exacte de l'incident.

Le Dr Chaaban souligne une communication jugée insuffisante sur le fond de l'incident.

Nous avons été informés régulièrement de la remise en route de l'outil, mais peu sur ce qui s'était réellement passé, sur les données potentiellement concernées et sur la conduite à tenir.

Pour lui, cette cyberattaque rappelle que la médecine libérale, désormais fortement numérisée, est exposée à des risques majeurs qui engagent pleinement la continuité des soins et la responsabilité professionnelle.

On s'est retrouvés seuls face à quelque chose qui nous dépassait.



**Dr Ginette Touyarot,
Généraliste à Serres-Castet (64)**

Le Dr Ginette Touyarot découvre l'incident par un mail de Weda, lu tardivement.

Je n'ai pas vraiment compris ce qui se passait. On parlait d'arrêt préventif. J'ai surtout ressenti un sentiment d'impuissance.

Au même moment, son cabinet traverse une période fragile : secrétaire en arrêt maladie, relais par un secrétariat téléphonique, puis remplacement médical la semaine suivante.

L'attaque désorganise totalement l'activité : agenda perturbé, dossiers incomplets, renouvellements faits à la main, appels aux pharmacies pour sécuriser les traitements.

La charge mentale a explosé. Il y avait un vrai risque d'erreur.

Des patients s'interrogent sur l'usage de leurs données de santé. Mais la praticienne elle-même manque d'informations claires.

Concernant la déclaration à la CNIL, le flou domine.

Je ne savais pas vraiment si je devais la faire. Je ne l'ai pas faite : manque de temps, complexité, informations insuffisantes. On était chacun dans son coin, avec un grand sentiment de solitude.

Elle regrette l'absence d'une cellule de crise structurée et d'instructions précises dès les premières heures.

Les informations arrivaient au compte-gouttes. Beaucoup de communication, peu d'éléments concrets pour agir.

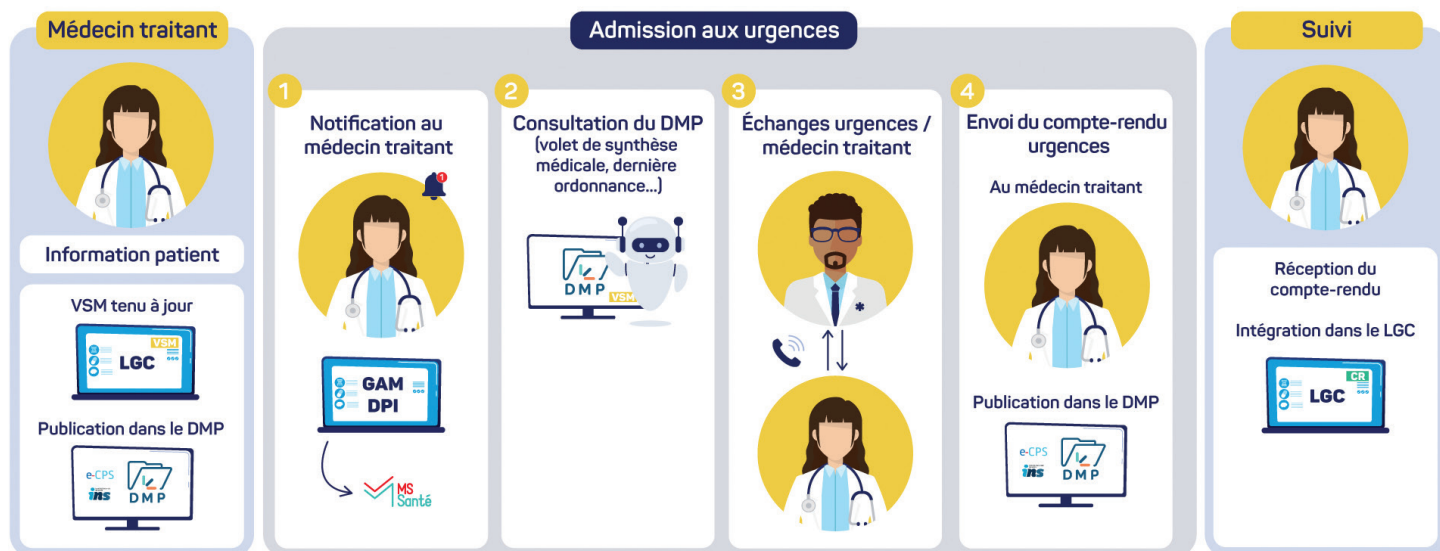
Avec le recul, elle estime que ce type d'événement dépasse largement les capacités individuelles des médecins libéraux.

À cette échelle, on n'a pas les moyens techniques pour gérer. On a fait comme on a pu. Mais on s'est sentis dépassés.

ET AILLEURS QUE SE PASSE-T-IL ?

L'URPS ML CENTRE-VAL DE LOIRE : UN ACTEUR CLÉ DANS L'ORGANISATION DES SOINS NON PROGRAMMÉS SUR SON TERRITOIRE

L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML) Centre-Val de Loire s'impose aujourd'hui comme un acteur majeur dans la structuration des réponses aux demandes de soins urgents et non programmés sur le territoire.



VSM (Volet de Synthèse Médicale) - LGC (Logiciel de Gestion de Cabinet) - DMP (Dossier Médical Partagé) - GAM (Gestion Administrative du Malade) - DPI (Dossier Patient Informatisé) - SAU (Service d'Accueil des Urgences)

En contribuant à l'organisation de la réponse ambulatoire à ces sollicitations, elle permet de limiter le recours inapproprié aux services d'urgences hospitaliers. En facilitant les échanges entre la médecine de ville, l'hôpital et les dispositifs de régulation tels que le SAMU et le SAS, elle joue un rôle central dans le désengorgement des urgences, en s'appuyant sur la médecine de proximité.

Dans cette dynamique, l'URPS ML travaille en étroite collaboration avec le GRADES Centre-Val de Loire afin de soutenir le développement et le déploiement des outils numériques indispensables à cette transformation.

C'est dans ce cadre que deux centres hospitaliers, situés à Amboise et à Gien, ont été sélectionnés pour expérimenter trois actions au sein de leurs services d'urgences :

- La notification automatique du médecin traitant dès l'admission de l'un de ses patients, via la Messagerie Sécurisée de Santé.
- L'envoi systématique du compte rendu de passage aux urgences, quel que soit le mode de sortie (retour à domicile, hospitalisation ou transfert vers un autre établissement).
- La consultation ciblée et assistée du DMP MES du patient par le médecin urgentiste dès le début de la prise en charge.

Cette consultation est dite « assistée » car elle exploite une technologie dite RPA (Robotic Process Automation).

L'urgentiste, après authentification par carte CPS ou e-CPS et saisie de l'INS du patient, accède en deux clics aux documents suivants lorsqu'ils sont disponibles dans le DMP MES :

- Le Volet de Synthèse Médicale.
- L'historique des remboursements.
- Les directives anticipées.
- La dernière ordonnance de traitement de fond.
- Le dernier résultat de biologie.
- Le dernier compte rendu d'hospitalisation.

Un projet de thèse en médecine générale devra permettre de démontrer que l'accès rapide à ces informations, ainsi que le partage en temps réel des données entre la ville et l'hôpital, contribuent à améliorer la pertinence et donc l'efficacité de la prise en charge des patients.

Docteur Jean-Michel LEMETTRE
Elu URPS ML CVL Commission informatique
Président GRADES CVL

ÉVÈNEMENTS

SAVE
THE DATE

JOURNÉE EXERCICE MÉDICAL LIBÉRAL

L'exercice libéral de demain se construit aujourd'hui

Samedi 21 novembre 2026

Palais de la Bourse – Bordeaux



La Journée Exercice Médical Libéral arrive à Bordeaux en 2026 !
Venez échanger avec des professionnels de votre secteur pour :

- ✓ Avoir les clés d'un démarrage réussi en libéral
- ✓ Faire évoluer votre organisation et intégrer de nouvelles pratiques
- ✓ Être accompagné dans vos choix pour votre futur exercice
- ✓ Préparer votre retraite

Pour plus d'informations :



OU

contactez-nous :
contact@urpsml-na.org

JEUDI
1ER
OCTOBRE

Première journée de rencontre des éditeurs de logiciels métiers

Le **jeudi 1er octobre 2026 à Bordeaux**, votre URPS vous propose une **journée dédiée aux logiciels de gestion de cabinet**.

L'occasion de rencontrer votre éditeur, d'en découvrir d'autres, d'assister à des conférences sur la cybervigilance en médecine libérale et le Ségur, et de participer à des ateliers de présentation animés par les éditeurs eux-mêmes.

Complétez
ce formulaire
pour construire
le programme :



Une journée concrète, utile et au plus près des enjeux de votre exercice !

ACTUALITÉ POLITIQUE

PERMANENCE DES SOINS ET LUTTE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX : LE DISCRET VIRAGE DE LA « MOBILITÉ MÉDICALE »

Garantir la permanence des soins et lutter contre les déserts médicaux figurent parmi les priorités des politiques publiques de santé.

Face aux oppositions réitérées des médecins à toute mesure limitant la liberté de l'installation ou de la pratique, les pouvoirs publics multiplient depuis plusieurs années des dispositifs destinés à soutenir les zones les plus fragiles et à éviter les ruptures dans la continuité des soins : mission de solidarité territoriale, consultations avancées, appel à volontariat avant réquisition, régulation supra-départementale, ou encore labellisation « France Santé ».

Ce qui est présenté sous l'angle de la solidarité, consiste en réalité à implanter progressivement une « **mobilité médicale** », encourageant étudiants et médecins libéraux à se déplacer dans les territoires fragilisés. Cette inclinaison à favoriser la mobilité entre territoires, qu'elle soit ponctuelle ou plus organisée, constitue certainement une piste intéressante pour répondre aux déséquilibres d'accès aux soins. Elle mérite toutefois d'être explicitement affichée et discutée car elle soulève plusieurs questions structurantes : les conditions d'exercice et de rémunération sont-elles adaptées et incitatives, quels impacts sur l'organisation des équipes et la continuité de suivi des patients, quelle faisabilité en termes de transférabilité des compétences et de connaissance des territoires ?

Le tour d'horizon de ces dispositifs montre qu'il s'agit encore de mesures ponctuelles ou trop ciblées et non pas rassemblées pour venir en appui d'initiatives collectives de terrain. Lorsqu'elles sont décrétées d'en-haut et avec précipitation elles aboutissent le plus souvent à des échecs. Surtout elles sont montées sans marge de manœuvre véritablement attractive.

Consultations avancées ponctuelles en ZIP

La dernière convention médicale veut favoriser les consultations avancées en zones d'intervention prioritaires (ZIP). Applicable depuis le 1er janvier 2026, ce dispositif vise à encourager les médecins, généralistes comme spécialistes à intervenir ponctuellement dans ces territoires sous-dotés. Les praticiens installés hors ZIP peuvent assurer des consultations dans ces zones et bénéficier d'un forfait de 200 € par demi-journée, dans la limite de 6 demi-journées par mois. Mais ces modalités ne couvrent pas forcément les frais engendrés par les déplacements, ne répondent pas aux questions du matériel spécifique nécessaire, à la gestion du secrétariat. Et surtout il n'est pas prévu d'autorisation de remplacement du médecin jouant le jeu de ces consultations avancées : que deviennent ses patients quant il part s'occuper d'autres populations ?

Une mission de solidarité territoriale pour renforcer l'accès aux soins

L'association Médecins Solidaires s'est développée à partir d'une initiative de terrain : créer, dans des territoires où il n'y a plus d'offre médicale, des centres de santé qui fonctionnent grâce à des rotations de médecins volontaires pour venir assurer une semaine de mission solidaire. Ce modèle a inspiré le 1er ministre François Bayrou qui a lancé en 2025

les « consultations solidaires » du Pacte de lutte contre les déserts médicaux. Dans la région, sur les 29 intercommunalités identifiées comme vulnérables, 28 lieux d'accueil ont été mis en œuvre à marche forcée et un appel à candidature a été lancé par l'ARS auprès de l'ensemble des médecins généralistes : ils peuvent intervenir une demi-journée, une journée complète, jusqu'à 2 jours par mois. Les consultations restent facturées aux tarifs conventionnels et un forfait de 200 € par jour compense les frais de déplacement et d'organisation. Au départ près de 300 médecins ont marqué une louable intention d'entraide mais, à ce jour, seuls 39 médecins de Nouvelle-Aquitaine (sur 6 500 généralistes) sont déclarés à l'Ordre comme participant à la mesure.

L'organisation supra-départementale de la régulation médicale

Face aux tensions croissantes sur la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) et le Service d'Accès aux Soins (SAS), l'ARS Nouvelle-Aquitaine a engagé en 2025 des travaux pour organiser une régulation médicale à l'échelle supra-départementale. L'objectif : permettre à un centre de régulation des appels en difficulté de s'appuyer ponctuellement sur un autre territoire, selon une logique de centres « aidants » et « aidés ». Une réflexion comparable émerge également pour la Permanence des Soins en Etablissement de Santé (PDSES), confrontée à des tensions de ressources humaines sur certaines lignes de garde qui se retrouvent en carence. Pour trouver des solutions alternatives à la réquisition, l'ARS et les acteurs concernés envisagent des mécanismes de solidarité à l'échelle départementale voire régionale. Dans les deux cas, les médecins alertent sur un point de vigilance majeur : la capacité à intervenir dans des environnements de soins et des territoires qu'ils ne maîtrisent pas.

Label France Santé : un levier pour faire circuler les Dr Juniors

En Nouvelle-Aquitaine, les terrains de stages des Dr Juniors vont être prioritairement affectés auprès de Maîtres de Stages Universitaires (MSU) faisant partie de structures labellisées France Santé. Pour ces médecins en fin d'internat, l'objectif premier est de permettre les conditions pédagogiques d'un exercice encadré dans un environnement pluri-professionnel généralement privilégié par les jeunes générations. Ces structures labellisées sont généralement situées dans des territoires confrontés à une démographie médicale fragile : l'objectif est bien de s'appuyer sur les Dr Juniors pour renforcer l'offre de soins de premier recours tout en les amenant à découvrir de nouveaux territoires et en incitant certains à s'y installer. En devenant des lieux d'accueil privilégiés pour les stages, France Santé introduit donc lui aussi une forme de mobilité médicale organisée.

Cindy PERIN et Emmanuel BATAILLE

NOS MÉDECINS ONT DU TALENT

DE GYNÉCOLOGUE À GYNÉCOLOGUE SANS FRONTIÈRES

Après la première année d'internat de gynécologie-obstétrique je suis partie plus ignorante que savante dans la jungle guatémaltèque à la frontière du Mexique.

Nous devons monter un programme de soins de santé primaire.

C'était en 1985 et le début des French Doctors. Je partais réaliser mon rêve.

Jean-Christophe Rufin explique dans ses « chroniques d'un médecin nomade » que la première mission est, et reste, la plus marquante de notre vie. La mienne fut une révélation et le début d'amitiés indéfectibles. Elle m'a confirmé dans mon envie de soins « ailleurs » riche de sens et d'engagement.

Les études terminées, je me suis installée en clinique mais mon passeport n'était jamais bien loin pour partir dès que je le pouvais malgré les contraintes familiales et professionnelles. Il s'agissait surtout de missions d'urgence et de situations de crise faisant peu de place à l'enseignement au profit de la substitution. Éphémères actions qui au fil des années me laissaient insatisfaite.

J'ai eu envie d'avoir un impact plus durable et j'ai commencé à choisir des missions dont l'objectif était de former de jeunes chirurgiens gynécologues. La retraite libérant mon emploi du temps, j'ai pu partir plus souvent, plus longtemps, avec des associations ayant des objectifs de transmission dont fait partie Gynécologie Sans Frontières (GSF).



© Rosenthal



Hôpital de Panzi avec Pr Mukwege et Dr Rosenthal président de GSF

C'est ainsi qu'en 2019, j'ai accompagné Claude Rosenthal, président de GSF chez le Pr Denis Mukwege prix Nobel de la paix à Panzi (RDC) dans son hôpital consacré à la réparation des femmes victimes de violences ou de complications obstétricales. GSF y montait un diplôme de chirurgie pelvienne. Un vrai transfert de compétence. La devise de GSF « former, accompagner, transmettre sans se substituer » répondait à mes attentes.

Avec GSF, je participe maintenant aux enseignements de la chirurgie gynécologique dans différents pays. Le développement d'internet permet de poursuivre le lien après le retour. Il est même devenu possible de monter un cours dans un pays en guerre en visioconférence. C'est ainsi que nous avons pu, pendant deux ans, faire des cours pour les dernières internes de gynéco-obstétrique de l'hôpital français de Kaboul. Former sans se substituer... Un pari pour l'avenir

Dr Anne-Marie LECHARTIER, administratrice GSF



DOCTRIPPER

DocTripper est lancé dans la Creuse afin de **faciliter les remplacements** et **renforcer l'attractivité des territoires**. Ce nouveau dispositif permet de **publier et consulter des annonces** en mettant en relation professionnels de santé, étudiants et collectivités territoriales. Nous ne manquerons pas de **vous tenir informés de son évolution**, qui s'annonce prometteuse à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine !

Découvrez
doctripper.com



Médecins et agriculteurs, ces piliers qu'on épuise jusqu'à la rupture

(Plateforme de publication sociale Medium© - Janvier 26 - Extraits)

Quand ceux qui portent la vie sont sommés de se taire

Il y a des colères qu'on tolère, et d'autres qu'on disqualifie immédiatement. Celles des médecins et des agriculteurs font partie de la seconde catégorie. Trop payés, dit-on des uns. Trop aidés, dit-on des autres. Car ces deux métiers ont un point commun que peu veulent voir. Ils ne produisent pas du confort. Ils produisent de la vie. Soigner et nourrir ne sont pas des services comme les autres.

Une bascule silencieuse, quand le soin et la terre deviennent des coûts

Il y a eu un glissement. Lent. Presque poli. Le soin est devenu une ligne budgétaire. La terre, une variable de rendement. On a cessé de parler de personnes pour parler de flux. De patients pour parler d'actes. De paysans pour parler de volumes. Ce langage n'est pas neutre. Il transforme les métiers incarnés en problèmes à optimiser. Et ceux qui les exercent en obstacles à rationaliser. Résultat, les médecins passent plus de temps à justifier leur travail qu'à le faire. Les agriculteurs passent plus de temps à remplir des dossiers qu'à cultiver leurs champs. Et dans les deux cas, le corps encaisse. Le mental aussi.

Pourquoi ces deux colères se ressemblent tant

Ce n'est pas un hasard si médecins et agriculteurs se mobilisent en même temps. Ils vivent la même dépossession. La perte de la maîtrise de leur métier. La perte du sens. La perte du respect. Ils ne décident plus de leur rythme. Ils ne décident plus de leurs priorités. Ils ne décident parfois même plus de leur survie économique.

Deux métiers, un même message

Médecins et agriculteurs disent, chacun à leur manière, la même chose. Nous ne pouvons plus continuer ainsi. Nous ne pouvons plus être la variable d'ajustement d'un système qui exige sans protéger. Nous ne pouvons plus porter seuls ce qui relève du collectif.

Ce que leur colère dit de nous

Elle dit une chose simple et grave. Nous avons accepté que l'essentiel devienne secondaire. Nous avons toléré que ceux qui soignent soient pressés comme des ressources. Que ceux qui nourrissent soient mis en concurrence avec des modèles qui les écrasent. Cette colère n'est pas dirigée contre la population. Elle est dirigée contre une organisation qui a perdu le sens de ses priorités.

Quand ceux qui tiennent la vie demandent simplement de tenir debout

Médecins et agriculteurs ne demandent pas un statut à part. Ils demandent que leur réalité soit regardée sans fantasma, sans condescendance, sans raccourcis. Ils demandent que le soin ne soit pas compressé comme un coût. Que la terre ne soit pas traitée comme une usine. Que le vivant cesse d'être géré comme une anomalie comptable. Leur colère n'est pas un refus du monde. C'est un refus de l'absurde. Une société peut survivre à beaucoup de choses. Mais elle ne survit pas longtemps quand ceux qui la nourrissent et la soignent sont épuisés, isolés, rendus responsables de ce qui les dépasse.

Marie STEGNER - Vortex d'Encre

Pour lire l'article
dans son intégralité

