# LE MÉDECIN EN 2040

**Son exercice**
**au service des patients,**
dans un système de santé à repenser



novembre 2026

# Pr Stéphane OUSTRIC

Président de l'Ordre des médecins



**Notre système de santé ne répond plus pleinement aux enjeux de soin et de protection de tous les citoyens.**

**Il faudra plus qu'un quinquennat pour le reconstruire.**

Depuis trop longtemps, nous avançons à marche forcée, sous la pression de l'urgence : démographique, hospitalière, territoriale et de proximité, économique et, plus récemment, technologique, environnementale, même sociétale.

Nous refusons de nous résigner à un système devenu maltraitant pour nous, médecins, pour tous les patients et pour l'ensemble des professionnels et acteurs de la santé.

Notre engagement pour l'exercice des médecins en 2040 fixe un cap : **dix ans pour transformer durablement notre système de santé.**

Ce cap, l'Ordre n'a ni la volonté ni les moyens de le porter seul. Il doit devenir un engagement collectif : celui des médecins, des autres professionnels de santé, des patients et des usagers, des élus et des territoires, des décideurs et du gouvernement.

**Alors, avant de transformer, nous devons rassembler.** C'est le premier acte de la démarche que nous vous proposons : **l'organisation d'Assises nationales de la santé, pour définir un pacte** qui sera proposé aux candidats à l'élection présidentielle. Dès l'élection achevée, **des États généraux citoyens** devront suivre. Pour aboutir, ensemble, à **une loi de programmation sanitaire et solidaire 2028-2038,** capable de donner enfin à notre politique de santé des objectifs et les moyens de les atteindre.

Et ce rassemblement commence par nous, médecins. **Il nous faut retrouver notre unité,** dès notre formation initiale et tout au long de notre exercice, en ville comme à l'hôpital, quels que soient nos modes d'exercice, nos territoires et nos générations. Nos manières d'exercer sont multiples. **Ce qui nous unit est intangible : notre indépendance, notre responsabilité, notre éthique et notre déontologie. Et surtout, notre engagement indéfectible pour nos patients.**

Cette unité est aussi notre réponse à un mal qui abîme profondément la médecine

aujourd'hui : l'isolement et la rupture des liens. Isolement entre les modes d'exercice, entre la ville et l'hôpital, entre les spécialités et les territoires. Rupture des liens que les outils numériques, pourtant conçus pour nous rapprocher, peuvent parfois accentuer.

Les nouvelles technologies, l'innovation et l'intelligence artificielle doivent faire exactement l'inverse : nous rendre du temps médical, du temps d'écoute, de parole et de présence auprès des patients. **Nous posons, dans ces pages, une ligne claire : l'intelligence artificielle doit augmenter les capacités du médecin,** jamais se substituer à son jugement. Le médecin demeure maître de la décision médicale, et nous devons lui en donner les moyens.

**Rassembler, c'est aussi savoir s'ouvrir. L'Ordre doit aujourd'hui franchir une nouvelle étape : faire une place aux patients et aux usagers au sein même de l'Institution.**

Leur présence est légitime et attendue. Les patients sont la raison même de notre engagement. **Nous ouvrons donc, dans ces pages, la réflexion sur leur juste place au sein des conseils départementaux, régionaux et national de l'Ordre.** Cette évolution devra être construite dans un cadre réglementaire adapté, avec les associations représentant les usagers et avec les pouvoirs publics.

**Une place particulière doit également revenir aux associations qui accompagnent, partout dans les territoires, les patients et les victimes.** Parce que les victimes nous obligent. Elles nous obligent à entendre les défaillances et à agir. Et elles nous obligent, aussi, à créer les conditions nécessaires à la protection des médecins qui certifient, signalent et accompagnent les victimes face à leurs agresseurs. **Notre ligne est sans ambiguïté : tolérance zéro.**

Le 25 juin 2025, lors de mon élection à la tête du Conseil national, nous avons pris un engagement : faire évoluer l'Ordre pour qu'il réponde pleinement aux transformations de la médecine et aux attentes de la société.

**Cette modernisation est là.**

- **Code de déontologie** actualisé et rénové, correspondant aux évolutions de la société
- **Certification périodique** au service de la qualité et de la sécurité des soins
- **Droit d'exercice complémentaire** pour accompagner les évolutions de carrière des médecins
- **Attestation d'honorabilité** pour renforcer la protection des patients
- **Vote électronique** pour renforcer la démocratie ordinale…

**En un an et demi, nous avons fait bouger l'Institution, avec une direction claire pour l'avenir.**

**Aujourd'hui, nous voulons aller plus loin.** Vous trouverez dans ces pages des propositions structurantes pour faire évoluer l'exercice des médecins : des carrières plus fluides, davantage de passerelles entre les modes d'exercice, un véritable exercice mixte, des statuts et des contrats simplifiés, une meilleure reconnaissance des missions territoriales, un médecin traitant conforté dans son rôle de coordonnateur du parcours…

**Seule une programmation décennale** permettra de donner vie à ces réformes, attendues par tous.

**C'est pour cela que j'appelle** l'ensemble des Ordres des professions de santé, toutes les composantes syndicales représentatives, les associations d'élus, de patients, d'usagers, d'étudiants et d'internes, la conférence des doyens, et l'ensemble de nos partenaires à nous rejoindre **le 13 janvier 2027** pour ouvrir ces **Assises nationales de la santé.**

**Nous enclenchons aujourd'hui une dynamique collective.**

Le cap est fixé. Le temps du rassemblement, de l'unité et de l'action commence maintenant.

# Un constat et une ambition pour une loi



**Dr JEAN-MARCEL MOURGUES**
Vice-président du CNOM et coordonnateur du livre blanc

**Un constat partagé**
À la demande initiale du président du CNOM et à l'issue de cette longue période de la construction du Livre blanc et par la très forte diversité des consultations qui l'ont alimentée, il est une certitude absolue : les Français et les médecins expriment **une forte inquiétude quant à l'avenir de notre système de santé.** C'est désormais, après le pouvoir d'achat, l'inquiétude la plus régulièrement exprimée par nos concitoyens.

Cette inquiétude est loin de se résumer aux débats entêtants de l'équilibre des comptes sociaux qui s'invitent tous les ans dans l'espace public.

En quelques mots, comment un pays qui consacre 12 % de son PIB à la santé, la France étant dans le trio de tête avec l'Allemagne et l'Autriche en Europe, peut avoir de telles inégalités socio-territoriales d'accès et de qualité de parcours aux soins ? Comment peut-elle avoir encore une espérance de vie sans incapacité beaucoup moins flatteuse que la seule espérance de vie ? Pourquoi a-t-elle si peu consacré à la prévention, si ce n'est par absence de vision quant à la nécessité d'investir pour le moyen et le long terme ? En quoi le numérique, l'intelligence artificielle et l'innovation thérapeutique peuvent-ils être la garantie de l'amélioration massive de la qualité des soins, en termes d'indicateurs de santé publique ? Pourquoi les hôpitaux vont-ils si mal ? Cette énumération n'est pas exhaustive…

**Une nouvelle ambition**
À l'issue des travaux qui ont conduit ces 10 derniers mois à l'élaboration du Livre blanc s'est dégagé une certitude. Ce Livre blanc n'est qu'une **première étape,** tant les convergences émises par le très grand nombre de nos intervenants et des médecins interrogés qui ont été **21 227** à répondre, ont été fortes et très majoritairement partagées sur bon nombre de constats mais aussi de perspectives souhaitées. Ces analyses demeurent néanmoins souvent portées au nom d'une seule représentation et il est indispensable aujourd'hui de rassembler tous les acteurs de la santé, dans une véritable démocratie en santé, pour élaborer une plateforme collective de propositions dans une perspective de réparation et de modernisation de notre système de santé, qui serait soumise prochainement aux candidatures des élections présidentielles puis législatives de 2027.

L'exigence de la réflexion puis de l'action collectives sont les garants du pacte social républicain le plus précieux, celui de la défense de la santé comme un bien supérieur universel, dans un cadre respectueux de la solidarité et protégé de toute prédation financière qui ne serait pas compatible avec la défense ›

des valeurs éthiques et déontologiques que porte l'Ordre des médecins, au nom de l'ensemble des médecins qu'il représente et pour la défense des patients.

**Une loi décennale**
La réforme du système de santé impose l'adhésion tant des professionnels de santé, dont les médecins, que des usagers de la santé que des représentants politiques au plus près des réalités territoriales.

Les consultations ont souvent permis d'entendre les fortes récriminations sur des textes législatifs d'importance tels que la loi organique de juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, acte de naissance de l'ONDAM, donnant exagérément une vision principalement comptable à la politique de santé, que la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) de juillet 2009 alimentant des critiques sur une dérive entrepreneuriale et technocratique des hôpitaux publics.

En cela, le vote d'une loi décennale de la Santé à l'issue d'une large consultation des parties intéressées à la cause, dans le cadre d'une démocratie en santé parvenue à maturité, est l'étape obligée pour redonner confiance aux Français et à leurs soignants.

**Ensemble, nous le pouvons ! Ensemble, nous le devons !**

METHODOLOGIE

# Une démarche collective pour construire nos propositions

Recueillir la parole des médecins, faire émerger des idées structurantes et construire des propositions concrètes pour l'avenir de notre système de santé : notre ambition s'est appuyée sur une démarche collective et ascendante, associant les médecins de tous modes d'exercice et de toutes spécialités, les étudiants et internes, les territoires et de nombreux acteurs du monde de la santé. Une méthode fondée sur l'écoute, la confrontation des expériences et la mise en commun des idées, pour partir des réalités vécues et construire une vision pour demain.

**Faire remonter les idées du terrain**
La première étape s'est construite dans les territoires, à travers des forums organisés avec les 103 conseils départementaux et les 15 conseils régionaux de l'Ordre des médecins.

Médecins ordinaux ou non ordinaux ont été invités à débattre autour d'une douzaine de thématiques, à confronter leurs constats et leurs propositions, puis à en restituer une synthèse. L'objectif : faire émerger, à partir des réalités locales et de la diversité des exercices, des pistes pour faire évoluer la profession et notre système de santé.

Cette parole du terrain a été complétée par l'enquête nationale « Votre voix pour la santé », réalisée en ligne par l'institut Viavoice auprès des médecins et docteurs juniors. **21 227 réponses** ont été recueillies en trois semaines, permettant de disposer d'une

contribution représentative et qualitative. Expériences professionnelles, conditions d'exercice, attentes et préoccupations : ces réponses ont permis de mieux identifier les enjeux auxquels la profession est confrontée aujourd'hui et ceux auxquels elle devra répondre demain.

Parce que l'avenir de la médecine doit aussi être construit avec celles et ceux qui l'exerceront, une enquête spécifique auprès des étudiants en médecine et des internes, « Ta voix pour la santé », a parallèlement été menée, en collaboration avec la commission Jeunes médecins du CNOM, l'ISNI, l'ISNAR-IMG et l'ANEMF.

**Croiser les regards pour enrichir les propositions**

Cette démarche a également été nourrie par plusieurs temps de réflexion collective.

Les Assises nationales ont permis de réunir de nombreuses personnalités autour de trois enjeux structurants : l'accès aux soins, la fluidité des parcours et la vision de la médecine portée par les jeunes générations.

Un séminaire, organisé en juin, a confronté les 58 conseillers nationaux aux enseignements issus des différentes consultations afin de travailler collectivement à l'élaboration des propositions.

Enfin, un groupe de réflexion composé de **11 personnalités du monde de la santé** est venu compléter la démarche. La diversité de leurs fonctions, de leurs expériences et de leur connaissance du système de santé a apporté un regard complémentaire sur ses fragilités, ses transformations et ses défis à venir.

De la parole des médecins aux propositions, une même ambition a guidé l'ensemble de la démarche : **construire, à partir du terrain, une vision pour les dix années à venir, et porter la voix de la profession dans le débat sur la santé en 2027.**

## Conseillers nationaux, membres du groupe de travail Livre blanc



Dr JEAN **CANARELLI**



Dr ISABELLE **GUÉROULT**



Dr CATHERINE **GUINTOLI-CENTURI**



Dr SYDNEY **SEBBAN**

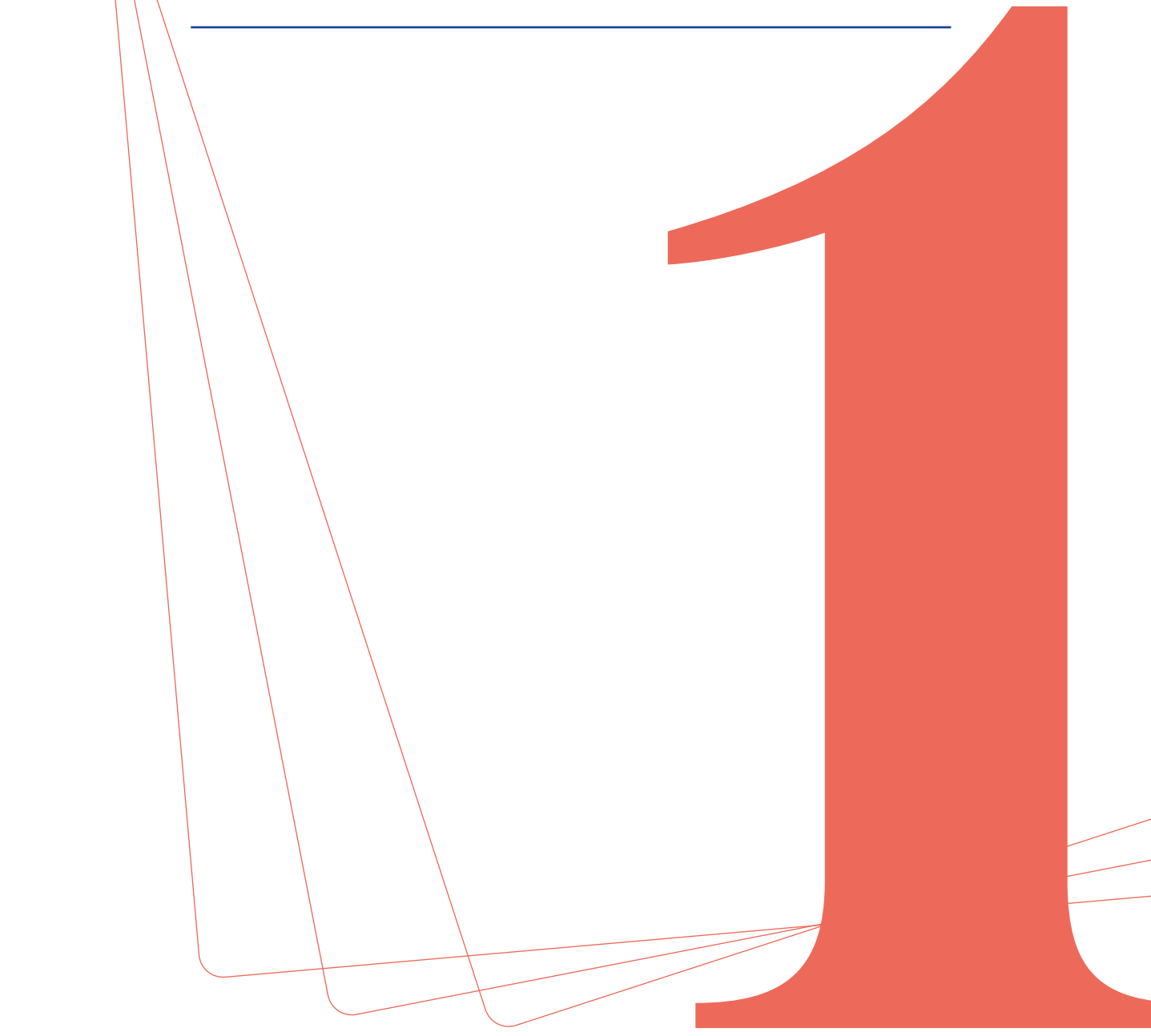


Pr PHILIPPE **PAQUIS**



Dr PHILIPPE **DOMBLIDES**

# LES FRANÇAIS ET LEURS MÉDECINS VEULENT UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ



# LES FRANÇAIS ET LEURS MÉDECINS VEULENT UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ

Il est urgent de sortir de la logique simpliste de gestion de crise permanente, laissant penser que l'on peut construire ainsi le système de santé dont la France a besoin.

Patients et médecins le disent d'une même voix : il faut changer de méthode. Cesser de piloter à vue, construire avec ceux qui soignent et ceux qui sont soignés une vision de long terme, puis l'inscrire dans une programmation décennale.

Cela passe par quatre actions structurantes. Programmer plutôt que réagir. Protéger l'éthique et défendre l'indépendance médicale face à la pression économique et à la course technologique. Anticiper la démographie médicale pour en faire un outil de lutte contre les inégalités territoriales, sans la subir. Ouvrir, enfin, l'Ordre aux patients, usagers, victimes, en faisant preuve de transparence et en leur laissant une vraie place dans nos débats.

C'est à ces conditions que nous pourrons reconstruire durablement la confiance et refonder notre système de santé.

---

**1. Un choc de confiance retrouvée :** de l'organisation des Assises nationales de santé jusqu'à une loi de programmation décennale

**2. Un choc d'exigence :** placer l'éthique et la déontologie au cœur des conditions de l'exercice médical pour préserver le financement du système de soins

**3. Un choc de clarification :** la démographie médicale au service des territoires

**4. Un choc de transparence :** légitimer la place des patients, des usagers et des victimes dans l'Institution ordinale

---

# 1. UN CHOC DE CONFIANCE RETROUVÉE : DE L'ORGANISATION DES ASSISES NATIONALES DE SANTÉ JUSQU'À UNE LOI DE PROGRAMMATION DÉCENNALE

Proposition n° 1

**Organiser les Assises nationales de santé pour proposer un Pacte renouvelé aux candidats de l'élection présidentielle 2027**

Entre décembre 2026 et février 2027, nous proposons d'organiser des Assises nationales de la santé, réunissant médecins, professionnels de santé, patients, usagers, élus de la République, acteurs territoriaux et institutionnels. Ces Assises feront émerger un Pacte de santé autour d'un nombre resserré d'engagements structurants. Au printemps 2027, nous porterons ce Pacte auprès des candidats à l'élection présidentielle pour faire de la santé une priorité au cœur du débat démocratique et obtenir des engagements clairs.

Proposition n° 2

**Convoquer des États généraux de la santé dès juillet 2027**

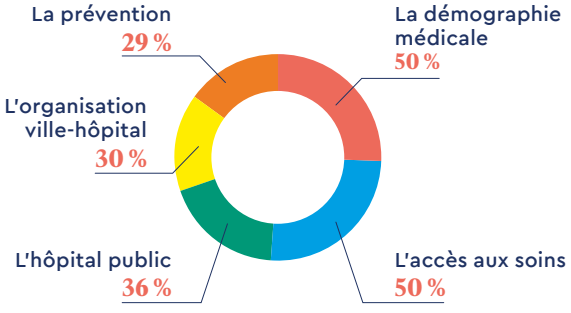
À l'issue de l'élection présidentielle et de la constitution du nouveau gouvernement, le temps de la concertation laissera place à celui de l'action. Des États généraux de la santé, portés par les pouvoirs publics, devront prolonger les Assises nationales et transformer le Pacte de santé en un programme de réformes pour le quinquennat. Il s'agira de confronter les engagements issus du terrain aux priorités du nouvel exécutif et de fixer collectivement le cap de notre système de santé pour les dix années à venir.

Proposition n° 3

**Adopter une loi de programmation sanitaire et solidaire décennale 2028-2038**

Les orientations définies devront être traduites dans une loi de programmation sanitaire et solidaire 2028-2038. À l'image des grandes lois de programmation, elle donnera à notre système de santé un cap et une visibilité sur dix ans, en fixant des objectifs, des moyens et des trajectoires évaluables en matière de démographie médicale, d'accès aux soins, de prévention, de formation, d'organisation territoriale, de numérique et de financement. La santé doit sortir du temps court : elle a besoin d'engagements durables, financés et évalués.

**Selon vous, quels sont les domaines prioritaires sur lesquels il faut agir ?**
(3 réponses possibles)




→ TOP 3
**des médecins âgés de moins de 40 ans**
1. L'hôpital public
2. L'accès aux soins
3. La prévention

→ TOP 3
**des médecins âgés de 60 ans et plus**
1. La démographie médicale
2. L'accès aux soins
3. L'organisation ville-hôpital

Enquête Viavoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

## 2. UN CHOC D'EXIGENCE : PLACER L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE AU CŒUR DES CONDITIONS DE L'EXERCICE MÉDICAL POUR PRÉSERVER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SOINS

Proposition n° 4

**Imposer un cadre éthique à la financiarisation du système de santé**

L'apport de capitaux peut soutenir l'offre de soins, mais il ne doit jamais conduire à faire prévaloir la rentabilité sur la qualité des soins, sur l'indépendance médicale ni sur l'intérêt du patient. La financiarisation de la santé ne peut se développer sans règles claires, garantissant transparence des structures financiarisées et maîtrise médicale de l'exercice. Un registre national des sociétés d'exercice libéral (SEL) permettra à l'Ordre de suivre l'évolution de leur actionnariat et de leur gouvernance et d'identifier les situations portant atteinte à l'indépendance professionnelle. Dans ces structures, le projet médical doit rester le principe structurant de la gouvernance : les décisions relevant de l'indépendance des médecins doivent être sanctuarisées et les responsabilités entre professionnels de santé et investisseurs clairement définies.

Proposition n° 5

**Imposer la sobriété en santé dans tous les établissements de santé**

Un soin sobre est un soin pertinent. Chaque examen inutile, chaque prescription non justifiée et chaque dispositif à usage unique évitable a un coût pour le patient, pour la collectivité et pour l'environnement. La sobriété n'est pas un rationnement : elle prolonge l'éthique médicale en veillant à ne pas nuire, y compris aux conditions de la santé future. Cette démarche doit être déployée dans tous les établissements : CHU, CH, CHS et ESMS.

Elle repose sur cinq leviers prioritaires : la pertinence des actes et des prescriptions ; les achats responsables ; les bâtiments et l'énergie ; les déchets, l'alimentation et les mobilités ; la formation et la gouvernance. Sa mise en œuvre suppose quatre conditions politiques : ne pas culpabiliser les soignants, lever les freins réglementaires, faire évoluer le financement et garantir l'indépendance médicale. Ces conditions doivent permettre d'inscrire durablement la sobriété dans les pratiques et l'organisation des soins.

## 3. UN CHOC DE CLARIFICATION : LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE AU SERVICE DES TERRITOIRES

Proposition n° 6

**Mettre en place un nouveau modèle de travail et de décision en démographie médicale**

Le rebond de la démographie médicale est une opportunité unique. Nous devons l'anticiper pour en faire un levier d'amélioration de l'accès aux soins.

Il faut passer d'une définition descendante à une réflexion ascendante. Il s'agit de mettre en place une nouvelle gouvernance décisionnaire en partant de la réalité des besoins exprimés par les territoires départementaux harmonisés au niveau des observatoires régionaux de la démographie des professions de santé (ORDPS) en co-responsabilité avec les Ordres, les ARS, les universités, les URPS, les représentants des élus et des fédérations hospitalières. Ces ORDPS auront donc pour mission de croiser les données pertinentes, d'harmoniser les projections départementales, de décider en matière de formation et de répartition de l'offre médicale.

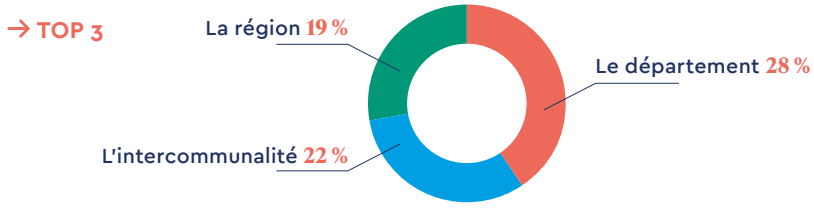
Parallèlement, il est décidé de la création d'un groupe technique national, transversal et partenarial, réunissant l'Ordre des médecins, l'ONDPS, la Drees, l'IRDES, l'Assurance maladie, les ARS, les universités, la DGOS, qui doit établir une vision prospective stratégique et répondant aux évolutions proposées par la territorialité. Il aura donc pour mission de croiser toutes les données régionales, d'harmoniser les projections au niveau national et d'éclairer les décisions en matière de formation et de répartition équitable de l'offre médicale.

Proposition n° 7

**Instituer une gouvernance territoriale partagée de l'accès aux soins**

L'objectif est de passer d'une juxtaposition d'actions à une véritable stratégie territoriale partagée d'accès aux soins. À l'échelle du bassin de vie ou du département, cette gouvernance réunira les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins, les CPTS, les ARS, l'Assurance maladie (CPAM/MSA), les collectivités territoriales, les établissements de santé publics et privés, les acteurs du médico-social et les usagers autour d'un diagnostic, d'objectifs partagés et de réponses concrètes. En s'appuyant sur les conseils territoriaux de santé, elle coordonnera les initiatives et organisera les réponses et les ressources en fonction des besoins du territoire.

**Selon vous, quel est le niveau de décision le plus pertinent pour l'organisation des soins sur le territoire ?**




Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21227 médecins répondants

## 4. UN CHOC DE TRANSPARENCE : LÉGITIMER LA PLACE DES PATIENTS, DES USAGERS ET DES VICTIMES DANS L'INSTITUTION ORDINALE

Proposition n° 8

**Instaurer une représentation des patients et des usagers de la santé au sein des conseils de l'Ordre**

Dans le cadre légal ou réglementaire qui devra être coconstruit avec les patients et les usagers, le gouvernement et la représentation parlementaire, et dans un respect mutuel, nous pensons légitime d'associer les patients et les usagers au sein des trois échelons de l'institution ordinale. Cela s'impose aujourd'hui pour renforcer le dialogue.

Cette représentation devra trouver un modèle déjà largement répandu au sein de notre système de santé :

- ***Au sein des établissements :*** des commissions des usagers (CDU), de l'activité libérale (CAL), de surveillance ou d'administration ;

- ***Au niveau territorial :*** des conseils territoriaux de santé (CTS), des CPTS, des soins psychiatriques sans consentement (CDSP), de la CPAM ;
- ***Au niveau régional :*** conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), de conciliation des accidents médicaux (CCI), de protection des personnes (CPP) ;
- ***Au niveau national :*** au sein de la conférence nationale de santé (CNS), la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'Établissement français du sang (EFS).

Cela renforcera la démocratie en santé et confortera la mission de l'Ordre au service de la qualité des soins et dans l'intérêt des patients.

Proposition n° 9

**Instaurer la place des victimes de violence au sein des conseils de l'Ordre**

L'Ordre n'a pas vocation à soustraire les médecins à leurs responsabilités. Il doit protéger les patients et défendre les exigences qui fondent la confiance mutuelle dans notre profession. Lorsqu'un médecin fait d'un lieu de soins un lieu de violence, il trahit son serment. Pire, il trahit tous les médecins. Et lorsque notre institution ne répond pas à une alerte, c'est sa propre mission qu'elle met en échec.

Nous nous sommes fixé un cap : la **tolérance zéro à l'égard des médecins auteurs de violences.** C'est une règle d'action : aucune mise en cause grave ne doit rester sans analyse, sans trace ni réponse. Aucun titre, aucune réputation, aucune fonction ne doit faire écran. La confraternité ne sera jamais une immunité.

Nous légitimons définitivement cette place :

- En associant les représentants des victimes à la formation des conseillers ordinaux, des collaborateurs ordinaux, des médecins et des assesseurs des chambres disciplinaires ;
- En leur fournissant à toutes un contact mail personnalisé et réservé dès 2027 au sein du CNOM, pour instaurer un traçage de chaque demande reçue et de chaque réponse apportée ;
- En leur réservant un contact privilégié au sein de chaque commission départementale Vigilance Violence Victimes.

# ÊTRE MÉDECIN DEMAIN : ATTRACTIVITÉ, AGILITÉ ET SIMPLIFICATION

2

# ÊTRE MÉDECIN DEMAIN : ATTRACTIVITÉ, AGILITÉ ET SIMPLIFICATION

Il n'existe pas une seule manière d'être médecin. Chaque médecin doit pouvoir construire une carrière choisie, évolutive et adaptée à ses aspirations comme aux besoins de santé de la population.

Nous voulons lever les barrières entre les modes d'exercice, simplifier les statuts et favoriser les mobilités tout en reconnaissant mieux l'engagement et les responsabilités des médecins. Cette souplesse ira de pair avec des garanties fortes : indépendance médicale, liberté de décision et respect des principes déontologiques.

Être médecin demain, c'est aussi se former et faire évoluer ses compétences tout au long de sa carrière pour intégrer les transformations technologiques, économiques, environnementales et sociétales qui modifient déjà l'exercice médical.

Faire évoluer l'exercice sans renoncer aux fondamentaux de la profession : c'est ainsi que nous renforcerons durablement son attractivité.

---

1. **Praticien hospitalier :** un statut à revaloriser

2. **Médecin à activité salariée non hospitalier :** 1 statut, 1 contrat, 1 valorisation

3. **L'exercice mixte :** faire tomber les barrières pour tous les médecins

4. **Médecins à activité libérale :** garanties déontologiques dans la diversité des modes de rémunération

5. **Agir tout au long du parcours** de formation des médecins

---

# 1. PRATICIEN HOSPITALIER : UN STATUT À REVALORISER

Proposition n° 10

**Renforcer l'attractivité financière des débuts de carrière**

Le statut de praticien hospitalier (PH) demeure un pilier de l'hôpital public, avec près de 57 000 postes de PH recensés au 1er janvier 2025. Cet effectif important est cependant amoindri par d'importantes vacances de postes et le recours aux praticiens contractuels. Le Ségur de la santé a déjà revalorisé la carrière des PH, mais ce n'est pas suffisant au regard des postes vacants. C'est au début de la carrière que le choix entre l'hôpital public et d'autres modes d'exercice se joue. Or, les premiers échelons de praticien hospitalier et la reconnaissance des gardes, des astreintes et des responsabilités ne sont pas à la hauteur de l'engagement demandé à de jeunes médecins. Revaloriser ces échelons et mieux reconnaître, financièrement et professionnellement, la spécificité de cet exercice, c'est envoyer un signal clair : l'hôpital public valorise ceux qui le choisissent. C'est aussi répondre directement à la concurrence des contrats plus rémunérateurs.

Proposition n° 11

**Faire de la qualité de vie au travail et de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles un élément du statut et de l'attractivité**

La rémunération n'est pas la seule réponse à la crise d'attractivité de l'hôpital. Les nouvelles générations de médecins demandent de la visibilité sur leur temps de travail et leurs activités, des temps de repos respectés et une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. Ces attentes pèsent directement sur les choix de carrière. Plannings prévisibles, respect des repos, solutions de logement, accompagnement professionnel du conjoint, accès aux modes de garde et prise en compte réelle des contraintes familiales ne sont pas accessoires. Les inscrire dans le statut, c'est faire de la qualité de vie au travail une garantie.

Proposition n° 12

**Développer et permettre des parcours professionnels individualisés**

Un statut qui autorise des carrières personnalisées dans le respect d'une base commune est plus attractif qu'un statut qui impose un modèle unique. Le statut a été pensé pour une carrière uniforme et linéaire, alors que les aspirations des médecins, et notamment des nouvelles générations, sont plus variées. Beaucoup veulent combiner activité clinique, enseignement, recherche, management et missions territoriales, et cette mixité est aujourd'hui trop souvent subie ou freinée. Permettre ces trajectoires répondra à un attachement réel aux missions du service public tout en offrant la diversité de parcours qui fait aujourd'hui la force des exercices alternatifs.

Proposition n° 13

**Faciliter les mobilités hospitalières et la mixité de l'exercice médical**

Les médecins hospitaliers veulent pouvoir changer d'établissement, de territoire ou de mode d'exercice sans payer ce choix par une perte de droits ou de statut. Il faut accompagner ces volontés en assouplissant les règles.

Proposition n° 14

**Moderniser le management médical, redonner sa place au médecin dans la codirection des établissements de santé**

La reconnaissance professionnelle est un déterminant majeur de l'attractivité des organisations hospitalières. Les médecins attendent davantage d'autonomie, une vraie participation aux décisions qui organisent leur travail et la considération de leur expertise dans la gouvernance. Le management participatif des services hospitaliers est le garant de la durabilité de leur engagement dans les projets de l'établissement. La participation effective des leaders médicaux hospitaliers aux décisions administratives, notamment concernant le projet d'établissement, est essentielle. Il faut donc revoir la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST).

## 2. MÉDECIN À ACTIVITÉ SALARIÉE NON HOSPITALIER : 1 STATUT, 1 CONTRAT, 1 VALORISATION

Proposition n° 15

**Instaurer un statut, un contrat ordinal et une grille salariale communs, quel que soit l'employeur**

Les médecins salariés en France exercent au sein de structures publiques et privées, avec des statuts et des rémunérations très disparates. Ces médecins sont pour la majorité d'entre eux des médecins hospitaliers des ESPIC, mais aussi des médecins de santé publique et des administrations, des médecins de centres de santé, certains médecins de clinique privée, des médecins coordonnateurs, des médecins du travail ou de l'éducation nationale (médecin scolaire), etc.

Aujourd'hui, un médecin salarié qui change d'employeur change aussi de règles : statut, rémunération, droits, parfois reconnaissance de son ancienneté. Pourquoi n'est-il pas possible d'être médecin en PMI le matin et médecin scolaire l'après-midi ? Cette complexité freine la fluidité des carrières et décourage les parcours qui passeraient d'une structure à une autre, d'un établissement à un autre. Elle crée aussi un écart d'attractivité entre des postes rémunérateurs et certains, pourtant essentiels à la santé publique, qui peinent à recruter.

Un statut et une grille salariale uniques, quel que soit l'employeur, simplifieront ce paysage et rendront les carrières plus lisibles. Garantir la continuité des droits lors d'un changement d'employeur permettra de ne plus pénaliser la mobilité : le médecin choisit un poste pour son contenu, non pour le reste. Un modèle de contrat unique porté par l'Ordre des médecins doit donc être légalement créé dans le cadre de la simplification administrative.

## 3. L'EXERCICE MIXTE : FAIRE TOMBER LES BARRIÈRES POUR TOUS LES MÉDECINS

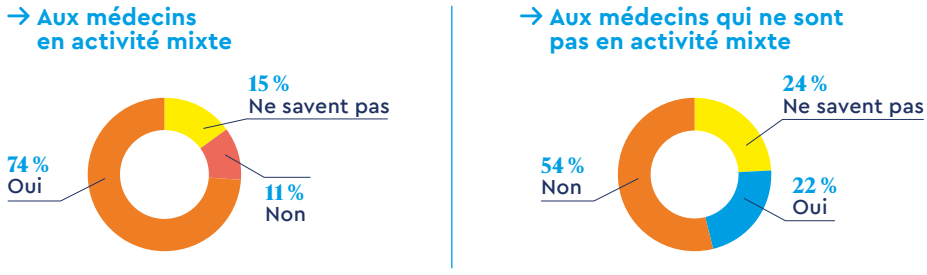
Proposition n° 16

**Permettre un exercice à la fois à l'hôpital, en établissement, en collectivité et à la ville**

Un médecin doit pouvoir exercer à la fois en ville, à l'hôpital, en établissement ou en collectivité sans que les statuts deviennent un obstacle. Cela doit être facilité. Encore minoritaire aujourd'hui (10 à 11 % des médecins en activité régulière), l'exercice mixte répond pourtant aux

aspirations de nombreux médecins et offre une plus grande diversité de pratiques et de parcours professionnels. En permettant de conjuguer exercice libéral et salarié, activité en cabinet, vacations hospitalières ou missions en centre de santé, il favorise le travail en équipe, rompt l'isolement professionnel et décloisonne la ville et l'hôpital. Il contribue aussi à une meilleure connaissance des réalités sanitaires d'un territoire et à une plus grande continuité des parcours.

**Souhaiteriez-vous, à l'avenir, évoluer vers une activité mixte/maintenir votre activité mixte ?**




Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

## 4. MÉDECINS À ACTIVITÉ LIBÉRALE : GARANTIES DÉONTOLOGIQUES DANS LA DIVERSITÉ DES MODES DE RÉMUNÉRATION

**Proposition n° 17**
**Instaurer une pluralité de modes de rémunération pour mieux répondre à l'exercice**
Le paiement à l'acte ne suffit plus à reconnaître toute la diversité de l'exercice médical. Prévention, prise en charge des patients complexes, coordination des parcours, missions de santé publique, enseignement ou recherche mobilisent un temps médical que l'acte, par nature ponctuel, ne valorise pas.

Une rémunération mixte, combinant l'acte avec des forfaits ou la reconnaissance de certaines missions, permettra de mieux prendre en compte ces activités sans remettre en cause le paiement à l'acte.

L'Ordre ne fixe pas les tarifs : nous veillons à ce que les modes de rémunération restent compatibles avec la déontologie. Trois principes doivent guider leur évolution :
- L'égalité des patients : aucun mode de rémunération ne peut conduire à rendre certains patients moins « attractifs » que d'autres ;
- L'indépendance du médecin : aucune logique de rendement ou de productivité ne peut orienter la décision médicale au détriment de la qualité des soins ;
- Le tact et la mesure : la rémunération de l'exercice médical reste encadrée par les exigences déontologiques applicables aux honoraires.

La ligne de partage est claire : la négociation tarifaire appartient aux syndicats représentatifs et à l'Assurance maladie. Nous garantissons le respect des principes déontologiques. Aucun mode de rémunération ne doit devenir une doctrine exclusive.

## 5. AGIR TOUT AU LONG DU PARCOURS DE FORMATION DES MÉDECINS

Proposition n° 18

**Faire intervenir de façon systématique des patients partenaires dans les formations médicales, dès les premières années d'études et tout le long de la certification**

Le savoir expérientiel des patients partenaires complète les connaissances médicales et aide les médecins à mieux comprendre les réalités vécues par les patients. Il leur apprend à décider avec le patient et non seulement pour lui, en reconnaissant son expertise de la vie avec la maladie. Il développe l'écoute et la communication, notamment face à la vulnérabilité, à l'incertitude et aux situations de violence. Ce regard complémentaire sur les pratiques de soin permet de questionner les habitudes et les préjugés, mais aussi de relier les enseignements à la réalité des parcours : ce qui peut paraître simple en consultation peut être difficile à vivre ou à appliquer au quotidien. Tout au long de la carrière de médecin, le partenariat en santé s'apprend, se réfléchit et se renouvelle avec l'expérience pour faire évoluer les pratiques.

Proposition n° 19

**Assurer dès la formation initiale des enseignements modernisés répondant aux enjeux actuels et à venir de l'exercice médical**

- L'éthique et la déontologie médicales ;
- L'économie de la santé ;
- La santé environnementale et la sobriété en santé ;
- Les différents modes d'exercice ;
- L'entrepreneuriat dans l'exercice libéral ;
- L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité.

Proposition n° 20

**Former les étudiants en médecine et les médecins à l'usage des nouvelles technologies, du numérique en santé et de l'IA : compréhension, apprentissage, responsabilité et place dans la décision médicale**

L'intelligence artificielle transforme déjà l'exercice médical et les conditions de la décision médicale. L'IA doit être pensée comme un outil d'assistance au médecin, capable de faciliter certaines tâches et d'éclairer le diagnostic ou la décision thérapeutique, jamais comme un substitut à son jugement. Le médecin restera maître de la décision médicale et garant de la relation humaine avec son patient : cela doit être une garantie. Dès leur formation initiale et tout au long de leur carrière, les médecins seront formés à en comprendre les usages, les limites et les enjeux en matière d'éthique et de responsabilité. L'apprentissage d'une éthique et de l'évolution du champ de la responsabilité médicale à l'aune de l'IA est une nécessité impérieuse.

Proposition n° 21

**Inscrire la santé des médecins dans les enseignements obligatoires**

Prendre soin de ceux qui soignent se prépare dès les études de médecine. La santé du médecin doit trouver toute sa place dans les enseignements obligatoires, en lien avec un suivi renforcé des conditions de stage et de la charge de travail. Un observatoire permanent de la santé des étudiants et des internes permettra de mieux identifier leurs besoins et d'orienter un programme national de prévention des ruptures de parcours. L'objectif : faire de la santé des futurs médecins une exigence de leur formation et non une préoccupation laissée à chacun.

**Santé des étudiants et des internes**

**75,9 %**
des répondants n'ont pas assez de temps pour prendre soin de leur santé

**69,6 %**
déclarent une dégradation de leur état de santé

**88,5 %**
ont ressenti des problèmes de santé physique

**68,4 %**
rapportent des problèmes psychiques

Enquête du CNOM, avec trois structures représentatives des étudiants et internes en médecine : l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI - mai 2026

# L'ACCÈS POUR TOUS ET PARTOUT À UN PARCOURS DE SOINS DE QUALITÉ : UNE EXIGENCE RÉPUBLICAINE



# L'ACCÈS POUR TOUS ET PARTOUT À UN PARCOURS DE SOINS DE QUALITÉ : UNE EXIGENCE RÉPUBLICAINE

L'accès aux soins ne peut plus dépendre du lieu où l'on vit. L'égalité d'accès à des soins de qualité, partout en France, est une exigence républicaine, et elle n'est plus garantie aujourd'hui.

Il faut repenser notre organisation à partir d'un principe simple : à chaque patient, le bon soin, au bon niveau, au bon moment.

Cela repose sur trois piliers :
- Un médecin traitant coordonnateur, entouré d'équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires organisées.
- Une offre de soins gradée qui privilégie la proximité chaque fois que c'est possible et mobilise l'expertise spécialisée quand elle est nécessaire.
- Un numérique, une télémédecine et une intelligence artificielle mis au service de cette organisation en rapprochant le soin du patient, sans créer de parcours parallèles.

Cette égalité se prépare aussi dès la formation en faisant naître des vocations dans tous les territoires, en y formant davantage les futurs médecins et en favorisant leur ancrage là où les besoins sont les plus importants.

---

**1. Sanctuariser le médecin traitant coordonnateur** dans un exercice regroupé, pluridisciplinaire et pluriprofessionnel

**2. Systématiser les équipes de soins** de premier recours pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles

**3. « Le bon soin, au bon niveau, au bon moment » :** grader les soins pour plus d'efficience

**4. Encadrer et optimiser les usages de la télémédecine,** du numérique et de l'IA au bénéfice des patients

**5. Garantir l'équité territoriale** dans la formation des futurs médecins

---

# 1. SANCTUARISER LE MÉDECIN TRAITANT COORDONNATEUR DANS UN EXERCICE REGROUPÉ, PLURIDISCIPLINAIRE ET PLURIPROFESSIONNEL

**Proposition n° 22**

**Reconnaître et valoriser la fonction de coordination du médecin traitant**

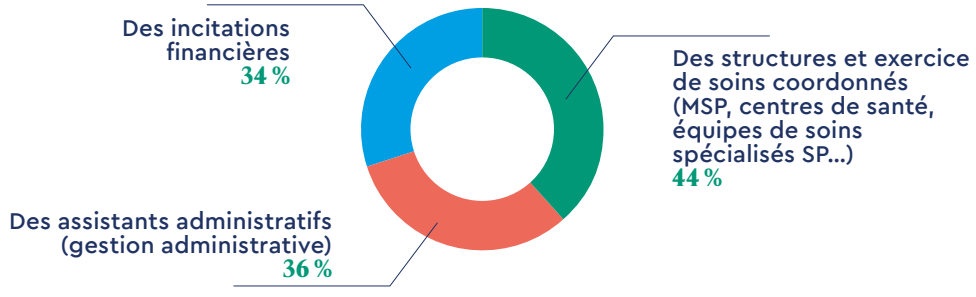
Le médecin traitant est le pivot du parcours de soins, garant de sa cohérence, de sa continuité et de son suivi dans le temps. Ce rôle doit être sanctuarisé tout en s'inscrivant pleinement dans un exercice collectif, associant les différentes professions de santé et permettant une meilleure répartition des missions. Le développement de l'exercice regroupé renforcera la capacité de coordination du médecin, sans diluer sa responsabilité. L'objectif : conjuguer travail en équipe, complémentarité des compétences et maintien d'un référent médical clairement identifié pour chaque patient, au service d'un accès aux soins plus fluide et de parcours mieux coordonnés.

**Proposition n° 23**

**Organiser des concertations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles pour les patients polypathologiques**

Pour ces patients particulièrement fragiles, multiplier les accès directs sans organiser la concertation entre professionnels ne peut constituer une réponse satisfaisante. La complexité des situations de polypathologie appelle, au contraire, une coordination renforcée. Autour du médecin traitant, des réunions de concertation pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles permettront de partager les informations utiles, de coordonner les interventions et d'adapter le parcours aux besoins du patient. Elles contribueront à prévenir les actes redondants, l'iatrogénie, les hospitalisations évitables et certaines complications.

**Quels leviers vous semblent prioritaires pour améliorer l'accès aux soins ?**
(4 réponses possibles)




Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

## 2. SYSTÉMATISER LES ÉQUIPES DE SOINS DE PREMIER RECOURS PLURIDISCIPLINAIRES ET PLURIPROFESSIONNELLES

Proposition n° 24

**Prioriser les organisations regroupées de premier recours et mettre fin au développement de centres de soins non programmés qui ne sont pas agréés par les CDOM et les ARS du territoire**

La consolidation du premier recours est un levier essentiel d'efficience du système de santé, en améliorant la continuité des parcours et en réduisant le recours évitable à l'hôpital. L'exercice regroupé, pluridisciplinaire et pluriprofessionnel doit en devenir le socle, en conciliant coordination des soins, qualité du suivi et nouvelles attentes des médecins en matière d'exercice. Dans cette organisation, les soins non programmés seront pleinement intégrés au premier recours et articulés autour du médecin traitant et des dispositifs de régulation. STOP au développement des centres de soins non programmés non agréés. Cela dans un cadre plus lisible et plus exigeant, garantissant la continuité du suivi et prévenant les dérives telles que la sélection des patients, la captation de patientèle ou la répétition injustifiée d'actes.

Proposition n° 25

**Consolider les équipes de soins primaires comme unité de base de l'organisation territoriale des soins**

Au plus près des patients, les équipes de soins primaires réuniront les compétences nécessaires à une prise en charge coordonnée. Structurées autour d'un socle associant médecins, pharmaciens et infirmiers, elles auront vocation à intégrer, selon les besoins de la population et les ressources disponibles, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, pédicures-podologues… Cette organisation rapprochera les compétences autour du patient, facilitera la coordination des parcours et renforcera la capacité de réponse du premier recours tout en laissant aux territoires la souplesse nécessaire pour adapter la composition des équipes à leurs réalités.

## 3. « LE BON SOIN, AU BON NIVEAU, AU BON MOMENT » : GRADER LES SOINS POUR PLUS D'EFFICIENCE

Proposition n° 26

**Garantir une offre de soin gradée sur l'ensemble du territoire**

Cette gradation est une garantie indispensable pour concilier proximité, qualité et sécurité des soins tout en évitant une concentration systématique des réponses sanitaires vers les niveaux hospitaliers les plus spécialisés. Le premier recours, structuré autour du médecin traitant coordonnateur, des équipes de soins primaires et spécialisées, des structures d'exercice coordonné et des professionnels de santé regroupés en CPTS, constitue la porte d'entrée et assure la continuité des parcours. Le deuxième recours, associant établissements publics et privés, hôpitaux de proximité, MCO et soins médicaux et de réadaptation, apporte les compétences spécialisées et plateaux techniques nécessaires. Le troisième recours, assuré notamment par les CHU et les établissements spécialisés, répond aux prises en charge les plus complexes.

Proposition n° 27

**Ancrer l'hôpital de proximité dans son bassin de vie**

L'hôpital de proximité peut contribuer à rapprocher la ville et l'hôpital, fluidifier les parcours et éviter les hospitalisations inutiles. Pour cela, il doit être davantage intégré à l'offre de soins

locale, en lien avec les médecins libéraux, les professionnels regroupés en CPTS, les structures d'exercice coordonné, les établissements de recours et le médico-social. Une gouvernance spécifique, réunie au sein d'un comité stratégique territorial de santé copiloté par l'ARS et la communauté de communes et associant les professionnels de santé, permettra de définir les priorités et d'organiser les coopérations. Consultations avancées, soins non programmés, admissions directes, prévention, temps médicaux partagés, télémédecine ou accueil des internes pourront ainsi être développés en fonction des besoins de la population.

Proposition n° 28
**Développer les consultations avancées dans les territoires sous-dotés**
Rapprocher l'expertise spécialisée des patients est une réponse concrète à certaines inégalités territoriales d'accès aux soins. Les médecins des spécialités en tension volontaires consacreront une partie de leur activité à des consultations avancées dans les territoires insuffisamment pourvus. Cette organisation réduira les délais d'accès et les déplacements des patients, tout en permettant aux spécialistes de conserver leur environnement professionnel principal.

Proposition n° 29
**Favoriser l'admission directe pour désengorger les urgences**
Lorsque l'état du patient le permet, le passage par les urgences ne doit pas constituer la seule porte d'entrée vers l'hôpital. Des circuits d'admission directe seront développés entre médecins de ville, spécialistes et établissements de santé pour orienter le patient directement vers le service adapté. Ils fluidifieront les parcours, éviteront des passages inutiles aux urgences et permettront à celles-ci de se recentrer sur leur mission première : les situations urgentes non programmables.

## 4. ENCADRER ET OPTIMISER LES USAGES DE LA TÉLÉMÉDECINE, DU NUMÉRIQUE ET DE L'IA AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Proposition n° 30
**Créer un cadre national de labellisation des outils d'intelligence artificielle en santé**
Nous devons garantir que l'innovation reste au service du médecin et du patient, jamais se substituer à la décision médicale. Nous devons aussi accompagner les médecins dans le choix d'outils fiables et sécurisés. Une instance nationale transversale associant professionnels de santé, patients, pouvoirs publics, chercheurs et experts du numérique évaluera et labellisera les solutions d'IA utilisées en santé selon des critères de sécurité, de transparence, de pertinence clinique et de respect des principes éthiques et déontologiques.

Proposition n° 31
**Imposer la territorialité comme principe de base de la télémédecine**
La télémédecine doit être un prolongement de l'offre de soins du territoire et non un circuit parallèle déconnecté du parcours du patient. Ce principe de territorialité doit être inscrit dans la loi, en priorité dans les zones sous-dotées et les territoires ultramarins. Les téléconsultations doivent être réalisées prioritairement par le médecin traitant ou par des médecins intégrés aux organisations de soins locales, pour garantir la continuité du suivi, la bonne orientation du patient et, lorsque cela est nécessaire, son retour vers une prise en charge présentielle.

En complément des consultations avancées, la télé-expertise peut renforcer la coopération entre premier et second recours. Des temps consacrés et valorisés seront organisés pour les médecins spécialistes, prioritairement dans les spécialités et les territoires connaissant les délais d'accès les plus importants. Le médecin de proximité pourra ainsi obtenir rapidement un

avis, mieux orienter ses patients et éviter certains déplacements. Cette coopération devra garantir, si besoin est, une consultation sur place dans des délais adaptés aux besoins du patient.

Les téléconsultations assistées doivent également être favorisées, en lien avec un médecin du territoire et avec l'appui des infirmiers et des pharmaciens. Cet accompagnement permet de sécuriser et d'enrichir la consultation pour les personnes âgées, à mobilité réduite, éloignées du numérique ou présentant des troubles cognitifs. Particulièrement pertinent pour le suivi des maladies chroniques, il contribue à limiter les pertes de chance.

Proposition n° 32

**Faire du dossier médical partagé le socle du partage d'information**

Le dossier médical partagé est le socle commun de l'information nécessaire à la coordination des soins. Il faut réaffirmer ce principe et systématiser son usage, aujourd'hui sous-exploité. En le rendant facile à prendre en main, et en étant effectivement alimenté par les professionnels intervenant dans le parcours, il sécurise le partage des informations essentielles, évite les ruptures de prise en charge et les répétitions inutiles d'actes et améliore la continuité des soins, tout en étant pleinement respectueux du secret médical et des droits du patient.

## 5. GARANTIR L'ÉQUITÉ TERRITORIALE DANS LA FORMATION DES FUTURS MÉDECINS

Proposition n° 33

**Développer des options Santé dans les lycées des territoires sous-dotés**

Dans les territoires dont la démographie est la plus fragile, des options Santé doivent être développées dès le lycée pour sensibiliser et préparer les jeunes aux études de santé. Elles s'accompagneront de dispositifs de tutorat et de bourses destinées à lever les freins sociaux et financiers à l'accès aux études médicales. L'objectif : diversifier l'origine sociale et territoriale des futurs médecins et faire émerger davantage de vocations là où les besoins médicaux sont les plus importants.

Proposition n° 34

**Faire des stages un levier d'attractivité territoriale**

Exercer dans un territoire au cours de sa formation, c'est favoriser ensuite l'installation et l'ancrage professionnel au même endroit. La formation doit permettre aux futurs médecins de découvrir la diversité des territoires et des modes d'exercice. Les terrains de stage du deuxième cycle et de l'internat doivent être mieux répartis, notamment dans les territoires sous-dotés, tout en garantissant un encadrement pédagogique de qualité, des maîtres de stage en nombre suffisant et des conditions matérielles attractives.

**47,5 %**
**des répondants indiquent que les stages ont confirmé ou modifié leurs choix.**

Enquête du CNOM, avec trois structures représentatives des étudiants et internes en médecine : l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI - mai 2026

Proposition n° 35

**Créer des contrats d'engagement territorial ciblés**

Les contrats d'engagement de service public doivent évoluer vers des contrats d'engagement territorial, bâtis autour d'un territoire et, lorsque les besoins l'exigent, d'une spécialité. Ils associeront une aide financière pendant les études, un parcours de formation et de stages dans le territoire, puis un engagement d'exercice à l'issue de la formation. Il s'agit de passer d'une incitation générale à une stratégie anticipée, qui forme et installe les médecins en fonction des besoins propres à chaque territoire.

# LES GRANDS DÉFIS DE SANTÉ D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

4

# LES GRANDS DÉFIS DE SANTÉ D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

La médecine de demain se prépare aujourd'hui. Vieillissement de la population, perte d'autonomie, populations vulnérables, dégradation de l'environnement, hausse des besoins en santé mentale chez l'enfant et l'adulte : ces défis sont déjà là et vont s'amplifier, c'est une certitude.

Notre système de santé doit les anticiper plutôt que les subir.

Cela impose de sortir d'un modèle encore trop centré sur la prise en charge de la maladie et de faire de la prévention une priorité organisée, financée et pleinement intégrée au soin. Cela exige aussi de donner aux médecins les moyens d'agir plus tôt, au plus près des patients et en coordination avec les autres acteurs de santé.

---

**1. Deux incontournables dans la loi de programmation :**
la prévention et l'autonomie

**2. Un engagement total**
sur la santé environnementale

**3. La mobilisation de tous** pour
une santé mentale de proximité

---

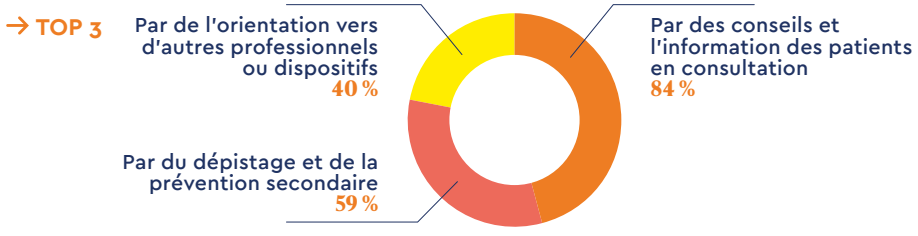
# 1. DEUX INCONTOURNABLES DANS LA LOI DE PROGRAMMATION : LA PRÉVENTION ET L'AUTONOMIE

**Proposition n° 36**

**Instaurer une prévention universelle dès le plus jeune âge**

La prévention ne doit pas attendre l'apparition d'une maladie ni dépendre des seules occasions offertes par une consultation. Dès le plus jeune âge, chacun doit pouvoir bénéficier d'actions de prévention et d'éducation en santé, même en l'absence de besoin médical particulier. Il s'agit de faire de la prévention universelle un axe structurant de la politique de santé publique et non un complément laissé à l'initiative de chacun. Tout médecin doit pouvoir y participer dans un cadre lisible, avec une nomenclature particulière et une valorisation spécifique reconnaissant le temps consacré à ces actions. Celles-ci seront consignées dans une rubrique spéciale du DMP, facilement identifiable par les professionnels de santé intervenant dans le parcours du patient.

**Dans votre exercice, comment mettez-vous en œuvre la prévention ?**
(Plusieurs réponses possibles)




Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

**Proposition n° 37**

**Anticiper et prévenir la perte d'autonomie avec le médecin traitant**

Prévenir la perte d'autonomie plutôt que la subir et préserver le plus longtemps possible la qualité de vie de chacun suppose d'agir au plus juste.

L'ensemble des professionnels de santé doit être mobilisé autour du médecin traitant. Cela permettra de repérer précocement les fragilités médicales, fonctionnelles, cognitives ou sociales et de mobiliser, lorsque cela est nécessaire, tous les autres professionnels de santé, mais aussi, et surtout, les acteurs du champ social et médico-social.

**Proposition n° 38**

**Créer un contrat d'engagement territorial médecin (CETM) de mission en santé publique**

Un médecin, quel que soit son statut, salarié ou libéral, et qui s'engage à titre personnel dans une mission de santé publique et de prévention au sein de son territoire doit pouvoir bénéficier d'une valorisation. Ce contrat ne s'oppose pas aux actions engagées collectivement par les GHT ou les CPTS, mais vient les compléter.

Proposition n° 39

**Renforcer l'accompagnement médical des personnes en Ehpad**

L'entrée en Ehpad, comme les étapes importantes du séjour, doit donner lieu à un temps structuré de concertation médicale associant la personne, ses proches lorsqu'elle le souhaite, le médecin traitant et l'équipe de l'établissement. Cette consultation permettra de réévaluer le projet de soins, les traitements et les objectifs de prise en charge, mais aussi d'aborder et de recueillir les directives anticipées. Elle doit garantir la continuité du parcours et placer les choix et les volontés de la personne au cœur de sa prise en charge.

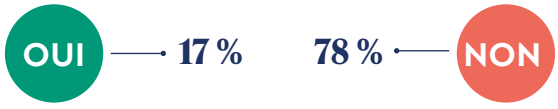
## 2. UN ENGAGEMENT TOTAL SUR LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Proposition n° 40

**Former les étudiants et les médecins à la santé environnementale, à la sobriété et à l'écoresponsabilité des soins**

La santé environnementale, la sobriété et l'écoresponsabilité des soins doivent devenir des compétences transversales de l'exercice médical et non rester l'expertise de quelques spécialistes. Elles doivent trouver toute leur place dans la formation initiale et continue des médecins. Mieux formés, ceux-ci pourront repérer les risques et les expositions, conseiller leurs patients et contribuer aux politiques territoriales de prévention. Cette formation doit aussi engager les professionnels et les structures de soins dans la réduction de l'empreinte environnementale des soins, notamment en matière de médicaments, de dispositifs, de bâtiments et d'usages numériques. Soigner aujourd'hui ne doit pas nuire à la santé de demain, dans le respect d'un principe intangible : la pertinence, la qualité et la sécurité du soin apporté au patient restent prioritaires.

**La santé environnementale vous paraît-elle suffisamment prise en compte par les pouvoirs publics ?**




Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

Proposition n° 41

**Faire des médecins de ville les sentinelles de la veille infectieuse et environnementale**

Faisons du maillage médical territorial un véritable réseau de vigilance sanitaire et environnementale. Par leur proximité avec les patients et leur connaissance des territoires, les médecins de ville occupent une place privilégiée pour repérer précocement les signaux sanitaires, infectieux et environnementaux. Des circuits simples et organisés de remontée d'information et d'alerte leur permettront d'alimenter efficacement les dispositifs de veille. Les soins primaires doivent être le lieu naturel de la tenue de travaux épidémiologiques par la connaissance particulière sur toute ou partie de la vie des patients et de leur environnement.

Proposition n° 42

**Libérer du temps médical pour la prévention environnementale**

La prévention environnementale constitue un temps de soin à part entière. Des consultations ou forfaits spécifiques permettront aux médecins de repérer les expositions et les facteurs de risque pertinents, d'en évaluer les conséquences et de conseiller leurs patients. Pour prendre pleinement sa place dans la pratique quotidienne, ce temps médical devra être organisé et valorisé.

# 3. LA MOBILISATION DE TOUS POUR UNE SANTÉ MENTALE DE PROXIMITÉ

**Proposition n° 43**

**Renforcer le rôle du médecin de premier recours**

Le repérage et la prise en charge précoce des troubles de santé mentale doivent être renforcés dès le premier recours. Les médecins généralistes et, pour les enfants et adolescents, les pédiatres, doivent disposer de la formation, des moyens et des relais nécessaires pour repérer précocement les troubles, prendre en charge les situations simples et orienter rapidement leurs patients vers la psychiatrie dès que la situation l'exige. Une formation en santé mentale pourrait être prodiguée par des formations spécialisées transversales (FST) pour les internes non-futurs psychiatres et par des diplômes inter-universitaires pour les médecins en exercice.

**Proposition n° 44**

**Organiser une offre de proximité, tant pour les adultes que pour les mineurs**

Entre le cabinet de ville et l'hôpital, il est nécessaire de développer une véritable offre intermédiaire de soins en santé mentale. Cela passe par le renforcement des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et par le développement de structures permettant une prise en charge renforcée sans hospitalisation. L'objectif : construire une réponse gradée, accessible et territorialisée, adaptée aux besoins de chaque patient. Concernant les mineurs, l'expertise médicale doit être présente au plus près des lieux de prévention et de prise en charge des enfants et des adolescents. Des temps d'exercice partagé entre cabinet de ville, PMI et CMPP doivent être tout particulièrement développés pour favoriser le repérage précoce, renforcer la coordination entre professionnels et garantir la continuité des parcours.

**Dans les prochaines années, parmi les évolutions suivantes, laquelle vous semble la plus prometteuse pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale ?**

**2 réponses majoritaires**

→ Le recours au SAS (service d'accès aux soins) en psychiatrie
→ Le développement de la formation des médecins généralistes

**Parmi les mesures suivantes, quelles sont celles qui vous semblent les plus urgentes pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale des enfants et adolescents ?**

**2 réponses majoritaires**

→ Développer des filières d'urgence pédopsychiatrique spécifiques et accessibles
→ Former massivement les médecins généralistes et pédiatres au repérage et à la prise en charge initiale

Enquête ViaVoice pour le CNOM - mai 2026 – 21 227 médecins répondants

Proposition n° 45

**Développer les soins collaboratifs**

La santé mentale exige une réponse coordonnée autour du patient. Des organisations associant médecin généraliste, infirmier coordonnateur, psychologue et psychiatre référent doivent être développées, avec des modalités simples d'échange, d'avis et d'orientation. Le psychiatre apportera son expertise lorsque la situation l'exige, tandis que le médecin traitant conservera la coordination du parcours. Ce modèle collaboratif de soins d'équipe en santé mentale (modèle SESAME) est ainsi déjà déployé en Île-de-France.

Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon-Jost
75855 Paris Cedex 17
01 53 89 32 00

www.conseil-national.medecin.fr

@conseilnationaldelordredes1171

@ordre_medecins

Conseil national de l'Ordre des médecins

@ordre_medecins

**Les résultats des deux enquêtes citées dans ce document sont disponibles sur notre site Internet :**

Enquête Viavoice pour le CNOM – mai 2026 –
21 227 médecins répondants

Enquête du CNOM, avec trois structures représentatives
des étudiants et internes en médecine :
l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNI – mai 2026