



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 101 - nov.-déc. 2025

**CAHIER Mon
exercice**
• RAPPORT
VACCINATION
• SECTEUR 2
• RAPPORT
ASSURANCES
P. 25



REPORTAGE

**À Albi, des médecins
retraités reprennent
du service**

P. 10

RÉFLEXIONS

**Mortalité infantile :
inverser la tendance**

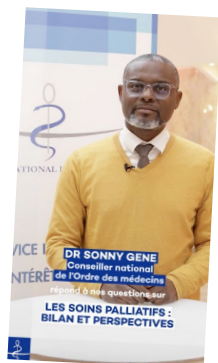
P. 12

**Fin de vie et rôle
du médecin :
l'Ordre
ouvre le débat**

P. 18



Soins palliatifs : bilans et perspectives



Le Dr Sonny Gene, conseiller national et vice-président de la section Éthique et déontologie, revient en vidéo sur la situation des soins palliatifs en France et sur les attentes du Cnom vis-à-vis de la future loi.

[Regarder la vidéo](#)

Enjeux économiques et sociaux des soins palliatifs



Le Dr Didier Legeais, conseiller national et membre de la section Éthique et déontologie, s'exprime sur le sujet complexe du financement des soins palliatifs et sur les perspectives.

[Regarder la vidéo](#)

LE POINT SUR LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE



La vaccination contre la grippe est ouverte depuis le 9 septembre 2025 à Mayotte et depuis le 14 octobre 2025 dans l'Hexagone, aux Antilles et en Guyane, jusqu'au 31 janvier 2026. L'Assurance maladie propose aux médecins un dossier complet pour faire le point sur la campagne de vaccination : stratégie vaccinale, bons de prise en charge, vaccins disponibles ou encore articulation avec la vaccination contre la Covid.

[Lire le dossier](#)

CENTRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS : LA TRIBUNE DE L'ORDRE ET DE LA FHF

Depuis plusieurs années, les centres de soins non programmés (CSNP) pullulent partout en France. Si toute initiative visant à améliorer l'accès aux soins est bienvenue, l'absence de cadre réglementaire clair pour l'implantation et le fonctionnement de ces structures pose un vrai problème d'organisation territoriale. Il devient urgent et impératif de le régler, dénoncent le Pr Stéphane Oustric, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, et Arnaud Robinet, président de la Fédération hospitalière de France.

[Lire l'article](#)



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web :
conseil-national.medecin.fr

sur X : @ordre_medecins

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

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

conseil-national.medecin.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au RGPD, les personnes concernées disposent de droits concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer par courrier ou courriel.



Pr Stéphane Oustric

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins



Attaquer la médecine, fragiliser les médecins, c'est fissurer les fondations mêmes de la société et de notre Nation.

Le respect auquel les médecins ont droit doit être à la mesure de leur engagement : **constant, entier, inconditionnel.**

L'Ordre est récemment intervenu avec force dans le débat public pour le rappeler.

Et je vous l'assure : ce n'est que le début !

Désormais, chaque fois qu'il faudra rappeler le rôle central des médecins auprès de nos concitoyens, exiger des conditions d'exercice dignes de leurs missions ou dénoncer ce qui entrave leur exercice, nous prendrons la parole avec force. Sans compromis.

Notre voix ne faiblira pas : **nous défendrons sans détour la place du médecin dans la République**, autant de fois que cela sera nécessaire.

Je n'oublie pas de rappeler aux médecins que leurs **DROITS**, nos droits, s'accompagnent de **DEVOIRS**. Nous devons être au rendez-vous des besoins de la population.

La période difficile que nous traversons, marquée par un accès aux soins sous tension, ne s'allégera que dans les cinq à six prochaines années, dans le meilleur des cas. D'ici là, il est essentiel que chacun reste fidèle à sa mission.

Nous Médecins, continuons à être à l'écoute des souffrances des patients dans nos territoires avec le courage, l'exigence et l'humanité qui font la force de notre engagement.

Ma conviction est que c'est sur cet engagement que doit s'appuyer la future stratégie d'accès aux soins. Elle ne peut plus être élaborée loin du terrain : elle doit naître de la base, de ce que vivent au quotidien les médecins. **Tous les médecins, de tous les exercices, de toutes les spécialités et partout dans les territoires de la République, devront y être pleinement associés, aux côtés de leurs conseils régionaux et départementaux de l'Ordre.**

Nous y veillerons.

Nous ne vous décevrons pas, c'est dorénavant impossible.

BILAN

Présentation des comptes combinés 2024



**D^R FRANÇOISE
LE MAGADOUX,**
trésorière du Cnom



La combinaison des comptes est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2019 (article L. 4122-2 du code de la santé publique). Selon le Règlement de trésorerie du Cnom, cette opération consiste à agréger « tous les comptes des conseils, ligne comptable par ligne comptable, de façon à faire apparaître dans un compte global la réalité de toutes les dépenses, de toutes les recettes et de l'état financier et patrimonial des conseils de l'Ordre pour en donner une image fidèle ».

Les comptes combinés sont certifiés annuellement par le commissaire aux comptes du Cnom, Grant Thornton.

Pour rappel, le Cnom verse des dotations aux conseils régionaux et interrégionaux ainsi qu'aux conseils départementaux, sur la base des budgets prévisionnels qu'ils établissent, et éventuellement après analyses et ajustements. En fin d'exercice,

le Conseil national constate la surconsommation ou sous-consommation des conseils départementaux et régionaux. Il finance la surconsommation des conseils disposant d'un niveau de trésorerie inférieur ou égal à 12 mois. À noter : à partir du 1^{er} janvier 2025, le niveau de trésorerie requis n'est plus de 12 mois, mais de 10 mois.

Afin de couvrir le besoin de financement de l'institution et pour répondre aux préconisations de la Cour des comptes en matière de diminution de la trésorerie, il a été demandé, pour l'exercice 2024, aux conseils disposant de réserves de trésorerie significatives, une contribution se matérialisant par un autofinancement d'une partie de leur demande budgétaire. Une contribution

de 37 conseils a été relevée, pour un montant global de 6 473 k€.

Les résultats

En 2024, le résultat des comptes combinés est en perte de 9 166 k€ (dont -612 k€ pour le Cnom). En 2023, il était en perte de 3 937 k€, soit une variation de -5 229 k€. Le résultat d'exploitation est déficitaire de 10 432 k€. Cela s'explique notamment par l'augmentation des charges de personnel (salaires et indemnités des élus), plus importantes en raison d'une hausse de la masse salariale au Cnom et dans certains Cdom et Crom, ainsi que par des augmentations générales liées à l'inflation. La hausse des autres charges d'exploitation s'explique, entre autres, par l'organisation du Congrès en 2024.

COMPTE DE RÉSULTAT COMBINÉ

	2024	2023	VARIATION
CHIFFRE D'AFFAIRES	97 892 080	93 010 917	4 881 163
AUTRES PRODUITS D'EXPLOITATION	719 585	934 355	-214 770
ACHATS CONSOMMÉS	-2 095 830	-1 909 924	-185 906
CHARGES DE PERSONNEL	-60 186 390	-55 798 851	-4 387 539
AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	-33 627 597	-28 285 971	-5 341 626
IMPÔTS ET TAXES	-5 443 646	-5 031 982	-411 664
DOTATIONS AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS	-7 690 376	-7 678 866	-11 510
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	-10 432 174	-4 760 322	-5 671 852
PRODUITS FINANCIERS	2 363 386	1 513 867	849 519
CHARGES FINANCIÈRES	-513 509	-531 871	18 362
RÉSULTAT FINANCIER	1 849 877	981 996	867 881
RÉSULTAT COURANT DES ENTITÉS COMBINÉES	-8 582 297	-3 778 326	-4 803 971
PRODUITS ET CHARGES EXCEPTIONNELS	-255 595	25 760	-281 355
IMPÔTS SUR LES BÉNÉFICES	-328 464	-184 180	-144 284
RÉSULTAT REVENANT À L'ENTREPRISE COMBINANTE	-9 166 356	-3 936 746	-5 229 610

BILAN COMBINÉ

ACTIF	2024			2023	Variation
	Brut	Amort/ dépréciations	Net	Net	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	2 009 958	1 923 356	86 602	86 694	-92
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	190 653 737	72 755 444	117 898 293	118 802 597	-904 304
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	9 620 246		9 620 246	9 925 621	-305 375
TOTAL ACTIF IMMOBILISÉ	202 283 941	74 678 800	127 605 141	128 814 912	-1 209 771
CLIENTS ET COMPTES RATTACHÉS	11 016 136	3 981 135	7 035 001	6 308 909	726 092
AUTRES CRÉANCES	3 786 550	425 026	3 361 524	3 370 309	-8 785
VALEURS MOBILIÈRES DE PLACEMENT	13 827 476	55 889	13 771 587	15 830 145	-2 058 558
DISPONIBILITÉS	90 468 930		90 468 930	94 398 075	-3 929 145
TOTAL ACTIF CIRCULANT	119 099 092	4 462 050	114 637 042	119 907 438	-5 270 396
TOTAL ACTIF	321 383 033	79 140 850	242 242 183	248 722 350	-6 480 167

PASSIF	2024	2023	Variation
RÉSERVES ET RÉSULTATS COMBINÉS	187 780 784	197 134 424	-9 353 640
TOTAL CAPITAUX PROPRES	187 780 784	197 134 424	-9 353 640
PROVISIONS	4 013 188	3 718 554	294 634
EMPRUNTS ET DETTES FINANCIÈRES	28 876 737	29 777 996	-901 259
FOURNISSEURS ET COMPTES RATTACHÉS	5 973 711	3 389 327	2 584 384
AUTRES DETTES ET COMPTES DE RÉGULARISATION	15 597 763	14 702 049	895 714
TOTAL DES DETTES	54 461 399	51 587 926	2 873 473
TOTAL PASSIF	242 242 183	248 722 350	-6 480 167

COMMUNIQUÉ

France Santé : oui, mais coconstruit avec les acteurs de terrain

Le Cnom se déclare constructif et favorable à l'esprit du plan France Santé qui reconnaît la centralité du territoire dans l'organisation de la santé.

Ce plan ouvre des perspectives prometteuses dont la concrétisation repose sur des Agences régionales de santé (ARS) réformées, stabilisées et pleinement ancrées localement. Toutefois, sans clarification des responsabilités ni renforcement de l'autonomie régionale, les objectifs annoncés risquent de demeurer théoriques. Ainsi, le Cnom estime indispensable d'associer l'ensemble des acteurs de proximité à la coconstruction de ce projet : Ordre des médecins (Conseil départemental et régional), CPTS, MSP, ESP, URPS et,



plus largement, tous les professionnels de terrain. Dans le prolongement de ses travaux, le Cnom exprime sa préoccupation quant à l'hypothèse d'une suppression des ARS à l'horizon 2026. La priorité ne réside pas dans la disparition de cet échelon

régional, mais dans la redéfinition de ses missions et le renforcement de ses capacités d'action pour répondre aux réalités sanitaires des territoires.

+ D'INFOS

Lire la suite du communiqué

COMMUNIQUÉ

Dépassements d'honoraires

Le Cnom prend acte du rapport parlementaire de MM. Monet et Rousset sur les dépassements d'honoraires, rapport essentiel réalisé dans des délais contraints. Alors que le système conventionnel, dont le secteur 2, est remis en question dans le cadre du PLFSS, le Cnom alerte avec force : la question des dépassements ne peut être isolée de celle de la juste rémunération des médecins et de la valeur actualisée accordée à l'acte médical. Il est urgent de retrouver un véritable équilibre entre reconnaissance de la qualité et de la sécurité du travail médical, et l'équité garantie de l'accès aux soins pour tous et partout. Le Cnom rappelle que le développement

du secteur 2 résulte avant tout d'une revalorisation insuffisante de la qualité du travail médical.

Encadrer les excès, protéger les plus vulnérables

Le Cnom admet l'existence de pratiques abusives minoritaires pouvant compromettre l'accès aux soins et la confiance patient-médecin. Il appelle à une action concertée entre pouvoirs publics, Assurance maladie et professionnels pour encadrer ces excès tout en préservant liberté et indépendance d'exercice. L'Ordre insiste sur la nécessité de mieux protéger les patients précaires, pour qui le coût reste un frein majeur.

Réformer la rémunération et clarifier le « tact et mesure »

Le Cnom demande une réforme fondée sur une valorisation équitable des spécialités et une révision tarifaire régulière. Enfin, le Cnom souhaite ouvrir une réflexion collective sur la notion de « tact et mesure », principe déontologique essentiel, afin de définir de nouveaux repères éthiques, cohérents dans la pratique actuelle, dans un esprit de responsabilité et de transparence.

+ D'INFOS

Lire l'intégralité du communiqué

ÉVÉNEMENT

Top départ pour le think tank Santé et environnement du Cnom

En 2026, des séances de travail et de réflexion vont mobiliser de nombreux acteurs sur les liens entre la santé et l'environnement.



DR DIDIER SPINDLER,
vice-président du Cnom

À partir de décembre 2025 et tout au long de l'année 2026, l'Ordre organise un think tank sur les liens entre santé et environnement, sous la coordination du Dr Didier Spindler, vice-président du Cnom. Objectifs affichés : faire de la santé environnementale un pilier de la politique de santé publique et défendre la santé comme bien supérieur, dans toutes ses dimensions. Cette ambition est l'un des axes de la mandature du Pr Stéphane Oustric, qui avait fait de la santé environnementale une priorité dès son élection, en juin dernier. Les thèmes des trois premières séances de travail sont les suivants : le principe de précaution, «One Health», la santé animale et humaine, et la pollution médicamenteuse. Elles réuniront des médecins de terrain, experts scientifiques, agriculteurs, vétérinaires, élus politiques et des représentants des usagers de la santé.



L'AMM pointe le rôle essentiel des professionnels de santé

Cette démarche menée par le Cnom fait écho à l'appel de l'Association mondiale de la santé (AMM) «*en faveur d'une action climatique audacieuse et équitable qui protège la santé, renforce la résilience des systèmes de santé et reconnaît le rôle essentiel des professionnels de santé dans la lutte contre la crise climatique. Les professionnels de santé sont en première ligne lorsqu'il s'agit de faire face aux conséquences physiques et mentales du changement climatique, notamment les vagues de chaleur, les maladies infectieuses, la malnutrition et les conséquences sur la santé des déplacements de population*».

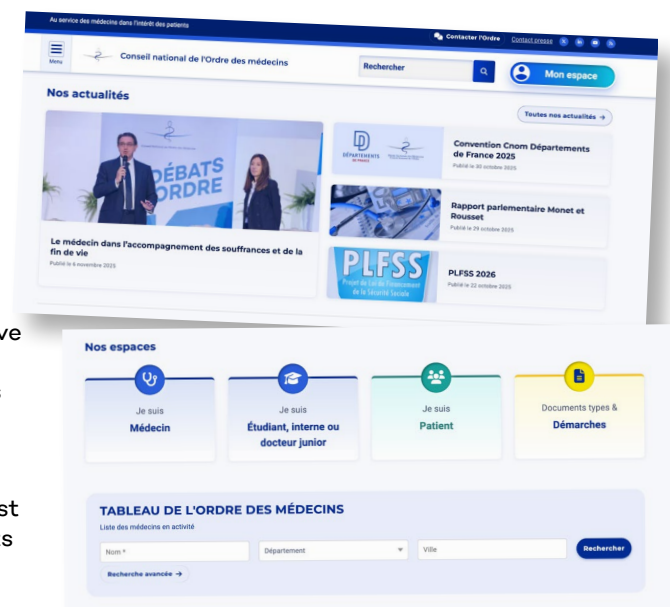
+ D'INFOS L'actualité de l'AMM

NUMÉRIQUE

Découvrez le nouveau site du Cnom !

L'Ordre lance son tout nouveau site web, entièrement repensé pour vous offrir une navigation plus fluide, intuitive et rapide. Cette refonte, menée par les D^{rs} Frédérique Nassoy-Stehlin, Bruno Mellet et Jean Canarelli, aux côtés de la direction des systèmes d'information et du service communication du Cnom, a pour objectif de simplifier l'accès à nos contenus et nos services. L'accès par profil – médecin, étudiant, interne et docteur junior, patient – est direct depuis la page d'accueil, tout comme les documents et démarches types.

Découvrez dès maintenant notre nouvel univers en ligne :
conseil-national.medecin.fr



COMMUNIQUÉ

Une convention avec Départements de France

Le Cnom et Départements de France unissent leurs forces pour une santé de proximité partout sur le territoire.

Face à la crise profonde de l'accès aux soins et à la désorganisation du système de santé, **Départements de France et le Cnom ont signé en novembre une convention inédite.** Cette signature marque une étape majeure dans la reconnaissance du Département tant au niveau politique qu'ordinal comme échelon stratégique de la politique de santé publique et du rôle essentiel des médecins dans la réponse territoriale aux besoins de la population.

Par cet accord, les deux institutions affirment une vision commune : rétablir la confiance entre les citoyens, les élus et les soignants. Ensemble, ils entendent bâtir une réponse territorialisée, humaine et responsable face aux défis qui minent aujourd'hui la santé publique : vieillissement de la population et pathologies chroniques, santé mentale des jeunes, désertification médicale et affaiblissement du premier recours, aggravés par la mise à mal de la réponse hospitalière de proximité.



Le Pr Stéphane Oustric, président du Cnom (à droite) et François Sauvadet, président de Départements de France.

La convention ouvre la voie à des actions concrètes et concertées :

- **renforcer la santé de proximité** par la création de dispositifs coordonnés entre conseils départementaux et conseils départementaux de l'Ordre des médecins ;
- **développer la télémedecine territoriale**, dans un cadre maîtrisé, éthique et respectueux du lien entre le patient et son médecin ;
- **améliorer l'attractivité des territoires pour les jeunes praticiens**, en travaillant sur le logement, l'emploi des

conjointes, l'accueil des familles et les conditions d'exercice ;

- **construire des réponses coordonnées** en santé mentale et en protection de l'enfance, domaines au cœur des missions départementales ;
- **affirmer le département comme échelon de référence** pour l'organisation de la santé de proximité, en lien avec les autres acteurs publics, institutionnels et professionnels de santé, et professions réglementées.

+ D'INFOS
Lire l'intégralité du communiqué



DISPARITION

Hommage au D^r Pierre Maurice

Le Cnom a appris avec une grande tristesse le décès du D^r Pierre Maurice, survenu à la fin du mois d'octobre 2025. Le D^r Maurice a œuvré au sein de l'institution ordinale pendant près de 25 ans, d'abord au Conseil départemental de l'Ordre de Paris, puis, à partir de 2009, au Conseil national. Il y a successivement été secrétaire général adjoint entre 2013 et 2022, puis secrétaire général entre 2022 et juin 2025. Médecin généraliste, le D^r Maurice était également une figure du mouvement SOS Médecins. Il avait notamment occupé le poste de président de SOS Médecins Paris. L'ensemble du Cnom salue l'engagement du D^r Maurice pour la profession et auprès de ses patients.



RENCONTRE

Le Cnom en action à l'assemblée générale de l'AMM

La Délégation générale aux relations européennes et internationales (DAEI) était à Porto, début octobre, pour la 76^e assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM). Son représentant, le D^r Philippe Cathala, est également président du comité des finances et de la planification de l'AMM.

• Lancement des travaux sur la révision de la Déclaration de Taipei

L'AMM a lancé la révision de la Déclaration de Taipei consacrée à l'utilisation éthique des bases de données de santé et des biobanques. Un groupe de travail, auquel participe le Cnom, mène cette refonte.

• Intelligence artificielle

Une session scientifique a été consacrée à l'impact de l'IA sur la pratique médicale afin d'examiner son intégration dans les systèmes de santé et ses enjeux éthiques. Trois tables rondes ont abordé successivement les aspects pratiques, les questions éthiques (échanges modérés par le D^r Philippe Cathala) ainsi que l'usage de l'IA au sein des équipes cliniques. À l'issue de ces travaux, les membres de l'assemblée générale ont adopté une résolution encadrant l'usage de l'intelligence artificielle en santé autour du principe d'« intelligence augmentée », selon lequel la technologie soutient le jugement clinique sans jamais s'y substituer.

+ D'INFOS

Consulter l'intégralité de la résolution.

• Champ d'exercice, transfert et partage des tâches

L'AMM réaffirme, dans une résolution consacrée au champ d'exercice, au partage et au transfert de tâches, que les équipes multidisciplinaires doivent être systématiquement dirigées et coordonnées par un médecin. Elle demande que toute réforme concernant le personnel



de santé préserve l'autonomie clinique du médecin, maintienne le diagnostic et la prescription sous sa responsabilité exclusive et soit élaborée en concertation avec les organisations médicales.

+ D'INFOS

Consulter l'intégralité de la résolution.

• Respect du droit international et humanitaire à Gaza

Dans une résolution adoptée à l'unanimité de ses membres, parmi lesquels l'association médicale israélienne, l'AMM exprime sa profonde préoccupation face aux attaques visant patients, professionnels de santé, infrastructures médicales et convois humanitaires à Gaza. La résolution appelle toutes les parties au conflit à respecter strictement le droit international humanitaire, à garantir un accès sûr et sans entrave aux soins, aux médicaments et aux infrastructures sanitaires,

à permettre la distribution de l'aide humanitaire, à protéger la neutralité médicale et à libérer immédiatement l'ensemble des otages ainsi que le personnel de santé arbitrairement détenu.

+ D'INFOS

Consulter l'intégralité de la résolution.

• Personnes transgenres

Dans une prise de position, l'AMM rappelle que depuis la CIM-11, l'OMS ne classe plus l'« incongruence de genre » parmi les troubles mentaux, celle-ci ayant été déplacée vers les « conditions liées à la santé sexuelle ». Elle y réaffirme le rôle essentiel du médecin dans l'information, l'accompagnement et la protection des personnes trans, et condamne toute forme de discrimination, de stigmatisation ou de violence à leur encontre.

+ D'INFOS

Consulter la prise de position

PLFSS 2026

L'action forte de l'Ordre dans le cadre du PLFSS

Le projet de loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 ne représente pas seulement une tentative de dérive gestionnaire, il marque un tournant alarmant pour l'équilibre du système de santé français, fondé sur la confiance entre les patients-citoyens, leurs médecins et les institutions de la République. Le Cnom s'est fortement mobilisé et a porté de nombreux amendements de suppression.

Le Cnom a réagi dès la mise en ligne du PLFSS 2026, au mois d'octobre, pour dénoncer un texte qui place l'intérêt du patient derrière la logique financière. Conçu dans l'urgence, le PLFSS place la maîtrise comptable au-dessus de la mission première du soin. La dignité du patient, le respect de ses choix, sa singularité et sa vulnérabilité semblent absents des décisions. Le citoyen-patient est réduit à un « coût » ou à une variable d'ajustement budgétaire, il n'est plus au cœur de la politique de santé.




De plus, le rôle du médecin, de tous exercices (hospitalier, salarié et libéral) et de toutes spécialités, dans la République est remis en question. Ce PLFSS ne se contente pas d'encadrer la dépense : il questionne la



place même du médecin dans la société. Liberté de prescription, indépendance professionnelle, autonomie du diagnostic et de la décision, responsabilité clinique : ces fondements de l'exercice médical, garants d'un soin adapté à chaque patient, sont affaiblis. Le Cnom a rappelé que le système de santé repose sur un équilibre subtil : solidarité nationale, confiance mutuelle, responsabilité

médicale et accès équitable aux soins. Or, la soudaineté des annonces, leur caractère unilatéral et la violence ressentie des mesures introduites (contrôles renforcés, sanctions, suspicion généralisée) rompent ce pacte implicite de respect et de loyauté. Ainsi, le lien de confiance indispensable entre tous les acteurs est brutalement fragilisé, alors que ce lien est la

Exemples d'amendements proposés par le Cnom

- 
 - **Amendement de proposition de la rédaction de l'article 20 bis du PLFSS.**
Cet amendement a pour objet de permettre aux médecins de détenir, dans leur lieu d'exercice, des vaccins en vue d'en assurer l'administration à leurs patients.
- 
 - **Amendement de modification de l'article 21 du PLFSS sur les structures dédiées aux soins non programmés.**
Pour valoriser les structures déjà existantes et encadrer leurs créations (agrément de l'ARS et de la CPAM après avis conforme du Conseil Départemental de l'Ordre concerné, place fondamentale du médecin généraliste, pas de tri de patients/pathologies, participation au SAS et à la PDSA, prise en charge des patients sans médecin traitant)
- 
 - **Amendement de suppression des modifications introduites par l'article 31 du PLFSS :**
 - qui fixe des pénalités en cas de non-alimentation manifeste du dossier médical partagé (DMP). Pour les professionnels, ces pénalités pourraient s'élever jusqu'à « 2 500 (€) par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 € par année ».
 - qui fixe des pénalités financières si le médecin prescripteur ne consulte pas le DMP du patient en amont de la prescription d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 16217 ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'Assurance maladie ou en cas de risque de mésusage.

LE PARCOURS DU PLFSS



1 >

L'initiative

Elle provient du gouvernement qui dépose le texte à l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre.

C'est à ces moments-là que le Cnom peut proposer des amendements et les faire porter par des députés ou des sénateurs.

< 2



Première lecture à l'Assemblée nationale

Après l'examen par une commission parlementaire, le texte est débattu en séance publique.

3 >



Examen par le Sénat

Le texte amendé par l'Assemblée nationale est transmis au Sénat, où il suit le même processus.

4 >



Convocation d'une commission mixte paritaire

Si aucun accord n'est trouvé par les deux chambres lors de la navette parlementaire, une commission mixte paritaire (7 députés et 7 sénateurs) peut être convoquée. Si elle échoue à élaborer un texte de compromis, le gouvernement peut donner le dernier mot à l'Assemblée nationale.

EN CAS D'ÉCHEC

Adoption et promulgation

15 jours maximum après son adoption par l'Assemblée nationale, le président de la République promulgue la loi. Avant cela, le Conseil constitutionnel peut être saisi pour contrôler le texte.

< 5



colonne vertébrale de la relation entre le médecin, le patient et la République. En imposant des mesures coercitives, sans vision à long terme ni concertation, l'État rompt cet équilibre et expose notre Nation à un risque de fracture sanitaire et sociale. La santé n'est ni une simple dépense ni une ligne comptable, c'est un investissement essentiel pour la société. En oubliant que

la santé est un pilier de notre République, conclut le Cnom, le PLFSS 2026 met en danger non seulement la qualité et la sécurité des soins, mais aussi le pacte de confiance sociétal.

Ce qu'a demandé le Cnom avec force et sans détour au nom des médecins et pour une garantie aux droits des patients :

- Recentrer le PLFSS sur l'intérêt des patients et la continuité

de leur prise en charge.

- Suspendre les mesures coercitives imposées sans dialogue et qui rompent la confiance.

- Réaffirmer la place du médecin comme acteur de la République, non comme simple exécutant administratif.

- Rétablir un cadre d'équilibre entre responsabilité médicale, financement durable et solidarité nationale.



DES MÉDECINS RETRAITÉS REPRENNENT DU SERVICE POUR PALLIER LA PÉNURIE

À Albi, un centre de santé pas comme les autres accueille chaque jour des dizaines de patients : les consultations sont assurées par des médecins à la retraite. Cette initiative, première du genre en France, vise à répondre à la désertification médicale croissante du Tarn.

Texte : Éric Allermoz | Photos : Max Bauwens

Sous les grandes arches de briques rouges du centre historique d'Albi, dans le Tarn, la porte vitrée du centre de santé s'ouvre sur une petite salle d'attente déjà comble. Angine, entorse, virus de saison, certificat médical : les motifs de consultation s'enchaînent. Certains patients ont été orientés par les urgences de l'hôpital, d'autres car ils n'ont pas de solutions. « Je suis arrivé à Albi il y a trois ans, impossible de trouver un médecin traitant, souffle Sébastien, 43 ans. J'ai eu un rendez-vous ici du jour au lendemain. Peu importe si je ne vois pas toujours le même docteur : ils ont de l'expérience et ça se sent. » Chaque jour, une quarantaine de patients franchissent la porte du centre.

Une équipe de médecins... retraités

Pour les accueillir, ils sont onze médecins volontaires, assurant des vacations de quatre heures. Leur point commun ? Tous sont à la retraite, âgés de 68 à 80 ans, et ont choisi de reprendre le stéthoscope. « Albi est en voie de désertification médicale : vingt généralistes ont pris leur retraite en cinq ans, la relève n'est pas assurée. La situation est encore plus tendue dans les villages alentour », explique le Dr Yves Carcaillet, 75 ans, président de l'Association des médecins retraités albigeois (AMRA). Le centre a ouvert en juin 2023, fruit d'une collaboration entre l'AMRA, le conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'ARS, la mairie et le centre hospitalier d'Albi. La municipalité met gratuitement les locaux à disposition, l'hôpital assurant la gestion administrative et la rémunération des vacations.

Une consultation comme les autres

Dans la salle de consultation, le Dr Jean-Paul Robert, 73 ans, les cheveux aussi blancs que sa blouse, ausculte une patiente venue pour la première fois. « J'avais un souci de santé qui m'inquiétait et le premier rendez-vous avec mon médecin traitant n'était

pas avant six semaines... », raconte-t-elle, soulagée. Le praticien lui tend une ordonnance et explique : « On répond à un besoin immédiat. On ne refait pas tout l'historique, mais on leur donne une réponse. »

Le centre s'adresse d'abord aux habitants sans médecin traitant, mais aussi aux étudiants, aux touristes et aux populations précaires. Objectif ? Assurer des soins primaires non programmés et désengorger les urgences hospitalières. L'initiative a d'abord suscité quelques interrogations du côté des médecins libéraux. « Mais ce n'est pas une concurrence, c'est un appui, insiste le Dr Étienne Moulin, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Tarn. Les collègues retraités n'ouvrent pas de nouveaux suivis. Ils assurent un service temporaire, en attendant l'installation de nouveaux praticiens. Leur action soulage les cabinets débordés et évite que des patients renoncent à se soigner. »

Le plaisir de soigner

Pourquoi ne pas avoir définitivement posé le stéthoscope ? Le Dr Jean-Paul Robert sourit : « C'est un métier qu'on ne quitte jamais vraiment. Il y a le contact humain, l'échange. On est là par passion et par devoir. Tant que la santé suit, je continue. » Même attachement chez le Dr Yves Carcaillet : « Notre vie, c'est la médecine. On est une génération qui l'a chevillée au corps. Du jour au lendemain, ne plus rendre service, c'est difficile. » Surtout, leur engagement répond à un vrai besoin : depuis son ouverture, le centre de santé a accueilli près de 14 000 patients. Face à ce succès, un second centre, sur le même modèle, doit voir le jour à Castres d'ici à 2026.



+ D'INFOS Regarder la vidéo reportage associée



←
L'heure de consultation
est rémunérée 50 euros
net pour les médecins.
Le tiers payant vaut
pour les patients.

Chaque jour, deux médecins
sont présents
au centre de santé. ↓



↑
Les locaux sont mis à disposition
par la mairie. L'hôpital d'Albi fournit
le matériel nécessaire et affecte
des secrétaires médicales.



← **Le Dr Étienne Moulin**
(à gauche) et
le Dr Yves Carcaillet
(à droite) ont travaillé
ensemble à la mise
en place de ce centre
de santé.



Mortalité infantile : inverser la tendance

Le taux de mortalité infantile connaît depuis une quinzaine d'années une hausse significative et inquiétante en France. Comment l'expliquer ? Et surtout, quelles pistes pour l'enrayer ?

Texte : **Geoffrey Dirat** | Photos : **Getty Images, DR**

Avec...



DR SYDNEY SEBBAN,
pédiatre et vice-président de la section Santé publique



DR CAMILLE LE RAY,
gynécologue-obstétricienne à la maternité Port-Royal à Paris, responsable scientifique des enquêtes nationales périnatales au sein de l'Inserm



DR DELPHINE MITANCHEZ,
cheffe du service de néonatalogie du CHRU de Tours, présidente de la Société française de médecine périnatale (SFMP)

L'ESSENTIEL

- Le taux de mortalité infantile en France est passé de 3,5 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011 à 4,1 pour 1 000 en 2024, soit largement au-dessus de la moyenne européenne (3,3).
- Les décrets sur l'organisation des soins en périnatalité datent de 1998. Ils ne sont plus adaptés au fonctionnement de maternités qui peuvent aujourd'hui réaliser 5000 à 6000 accouchements par an.
- La France ne dispose pas d'un registre national des naissances compilant des données sociodémographiques et médicales qui permettent de comprendre, prévenir et corriger les causes de décès précoces.

D^r Sydney Sebban

Quand on regarde les données d'un peu plus près, on constate que cette surmortalité concerne principalement les grands prématurés, ceux nés avant 32 semaines d'aménorrhée. Ils comptent pour 75 %

de la hausse totale de la mortalité infantile en France car la moitié de ces grands prématurés décèdent dans les 8 premiers jours de vie. Autrefois, ces bébés-là étaient considérés mort-nés. **Aujourd'hui, la médecine néonatale a fait de grands progrès et on tente de les maintenir en vie, ce qui peut accroître mécaniquement le taux de mortalité infantile.** D'autres phénomènes entrent également en jeu : l'augmentation de l'âge maternel, les grossesses multiples, les grossesses à risque en raison de la condition de la mère ou encore la poursuite de la grossesse malgré l'annonce d'une pathologie fœtale grave. À ces facteurs de risque s'ajoutent les difficultés de la filière néonatalogie en France. La réanimation néonatale a été le parent pauvre des différents Grenelle de la santé. Il reste environ 70 services de soins critiques néonataux, ce qui fait dans les 1500 lits. Cette capacité réduite détermine un peu le maillon de la survie.

Comment s'explique la hausse de la mortalité infantile en France ?

Pr Camille Le Ray

Comme ma consœur, je vais vous dire qu'il n'est pas simple de répondre à cette question en l'absence d'un registre des naissances qui présente un tableau fin et fiable de la situation.

Cela dit, des études présentées dans les rapports du Sénat et de la Cour des comptes ont montré que cette hausse de la mortalité infantile est en grande partie liée à une augmentation de la mortalité néonatale, celle qui survient dans les premiers jours de vie. Il a également été établi

que les inégalités sociales et les inégalités structurelles entre les territoires sont un facteur de risque. On peut aussi supposer que la réorganisation des soins périnataux, avec la fermeture de certaines maternités, a pu jouer en défaveur mais cela reste une hypothèse à vérifier. Idem pour les ratios de personnel dans les maternités – infirmières, sages-femmes, obstétriciens, mais aussi anesthésistes ou pédiatres – qui peuvent être une piste d'explication. Seule certitude : les causes de cette hausse inquiétante de la mortalité infantile sont multifactorielles et elles s'additionnent entre elles.

Pr Delphine Mitanchez

Nous n'avons pas à l'heure actuelle les moyens de donner des explications formelles, en particulier sur la mortalité néonatale,

car malgré la revendication de plusieurs sociétés savantes, nous ne disposons toujours pas d'un registre national des naissances, avec des données fiables qui nous permettraient de dresser un portrait fidèle de la situation. L'ancienne ministre de la Santé Catherine Vautrin avait annoncé en janvier 2025 la création d'un tel registre, mais nous ne savons pas dans quel délai. **Pour l'instant, on ne peut formuler que des hypothèses parmi lesquelles figure la santé maternelle. On sait par exemple que l'obésité maternelle, qui est en hausse, et ses comorbidités – diabète et hypertension – sont un facteur de risque d'augmentation des événements indésirables à la naissance.** On voit également que beaucoup de futures mères continuent à consommer des toxiques, comme le tabac, l'alcool et le cannabis. Du côté des nouveau-nés, on a abaissé le seuil de prise en charge des prématurés jusqu'à 22 ou 23 semaines de grossesse dont la mortalité est naturellement plus élevée qu'à 28 semaines. On voit également davantage de couples qui ne souhaitent pas recourir à l'interruption médicale de la grossesse malgré un diagnostic anténatal de malformations congénitales sévères. Voilà selon moi quelques explications qui m'apparaissent plausibles.

D^r Sydney Sebban

Les inégalités entre les territoires ont évidemment un impact sur la mortalité infantile.

Dans les départements les moins favorisés, comme la Seine-Saint-Denis ou les territoires ultramarins, les taux sont plus élevés que la moyenne nationale.

C'est avant tout une question d'accès aux soins, donc de densité médicale, de proximité des maternités, de taux d'occupation dans les services de réanimation néonatale, etc.

Au-delà de ces enjeux capacitaires, les facteurs sociaux participent également à la hausse de la mortalité infantile.

Les mères ayant un statut socio-économique précaire ont plus tendance à être en surpoids, à fumer, à être exposées à la pollution, à avoir des maladies chroniques; ce qui entraîne un risque plus élevé de prématurité ou de complications à la naissance. En général, ces mères-là sont aussi moins éduquées, elles connaissent moins le fonctionnement du système de santé, les services auxquels elles ont droit et elles n'ont pas non plus de réseau pour les soutenir dans leurs démarches.

Résultat : leur suivi prénatal n'est pas toujours adéquat.

Quels facteurs sociaux ou territoriaux augmentent le risque de décès chez les nouveau-nés ?

Pr Delphine Mitanchez

Plusieurs études ont été menées

à ce sujet. Elles montrent que les territoires

qui cumulent le plus de difficultés socio-économiques, comme la Seine-Saint-Denis, ont un taux de mortalité néonatale plus élevé.

Au-delà de la nécessité de renforcer

les dispositifs d'accompagnement, de prévention

et de soins, il y a aussi dans ces territoires

des enjeux de compréhension du système de santé.

En zones périurbaines par exemple, on a de plus en plus de femmes migrantes qui ne

comprennent pas toujours les enjeux du suivi prénatal, dont la précarité est plus grande

et dont l'accès aux soins est également freiné par la barrière de la langue. En zones rurales,

beaucoup de gens n'ont pas de voiture,

ce qui pose aussi des problèmes d'accès aux rendez-vous prénataux. Il faut demander au

voisin ou sinon payer un taxi, ce qui peut coûter

cher. De façon plus générale, je constate des problèmes de compliance. Des grossesses

de diagnostic tardif ou mal suivies, je trouve

qu'il y en a de plus en plus parmi les femmes

en situation de précarité. C'est parfois intriqué avec des problèmes de toxicomanie. Bref,

c'est multifactoriel et assez complexe à éclaircir.

Pr Camille Le Ray

Les dernières études des équipes de l'Inserm constatent que les territoires où les populations sont les plus socialement défavorisées,

comme les départements

d'outre-mer, sont ceux où la distribution des services de santé et des services sociaux

est la moins dense. D'où les problèmes d'accès aux soins périnataux, par exemple à l'entretien

prénatal précoce qui est prévu au quatrième mois de grossesse. Cette consultation censée permettre

l'identification des femmes vulnérables qui vont avoir besoin d'un parcours de soins adapté, on s'est rendu

compte que celles qui en bénéficient le moins, ce sont les futures mères les plus vulnérables.

Souvent, ces femmes sont aussi celles dont la littératie en santé est la plus basse et/ou qui comprennent moins bien le fonctionnement du système de santé.

Donc elles ne sont pas en mesure d'exprimer leurs besoins et leurs attentes. C'est un cercle vicieux assez complexe à briser car ce n'est pas qu'une question de moyens humains et financiers.

Dr Sydney Sebban

Au regard des inégalités sociales et territoriales dont nous venons de parler,

il conviendrait de mieux cibler les populations à risque pour que ces futures mères bénéficient de programmes spécifiques et qu'elles aient accès à des parcours de soins adaptés.

Pour ce faire, on a besoin de données plus fines sur la mortalité infantile parce qu'on ne peut améliorer que ce que l'on mesure et parce que cela nous permettra de mettre des moyens là où les besoins sont les plus criants.

Après, il y a une dimension capacitaire à ne pas négliger. On doit renforcer et resserrer l'organisation territoriale des soins critiques néonataux. Cela passe en premier lieu par un accroissement des ressources humaines et par la stabilisation des équipes de soins pour maintenir leur expertise. Mais cela passe aussi par une révision des décrets de 1998. On en a besoin pour renforcer les réseaux de périnatalité, notamment pour améliorer la coordination entre les maternités de proximité et celles des grands centres hospitaliers.

Pr Delphine Mitanchez

On devrait commencer par réaliser un audit de l'organisation des

soins de périnatalité sur l'ensemble du territoire.

Audit qui serait le prélude à la révision des décrets de 1998 et qui ne se limiterait pas qu'aux maternités de moins de 300 accouchements car cela ne fait aucun sens. Comme on l'a vu, la hausse de la mortalité infantile concerne davantage les zones urbaines et périurbaines où se trouvent les «grosses» maternités. Et puis, c'est bien beau de fermer une petite maternité parce que la qualité et la sécurité des soins n'y sont plus assurées, mais avant cela, il faut savoir où vont être redirigés les accouchements qui y sont réalisés. On a donc besoin d'une vision d'ensemble, région par région, en se souciant également du suivi prénatal et postnatal, pas seulement des plateaux techniques. Le précédent ministre de la Santé, Yannick Neuder, s'était engagé l'été dernier à lancer ce chantier dans le but

de revoir les décrets de 1998. Mais en raison de l'instabilité politique actuelle, ce dossier prioritaire n'a pas avancé. C'est dommage, car à chaque changement de gouvernement, on repart de zéro ou presque.

Quelles mesures seraient les plus efficaces pour réduire ces décès ?

On doit d'abord se doter d'un outil de surveillance et d'évaluation pérenne qui repose sur des données fiables et exhaustives concernant les nouveau-nés et leurs mères.

Un outil qui fusionne des indicateurs épidémiologiques de santé et de mortalité, mais aussi des indicateurs médicaux, démographiques, socio-économiques, environnementaux, comportementaux, etc.

Ce registre national permettrait de confirmer nos hypothèses sur les causes de la mortalité infantile, qui sont multiples, et d'agir en conséquence sur les bons leviers en tenant compte des particularités locales.

On a aussi besoin de revoir les décrets de périnatalité qui datent de 1998 afin de redéfinir l'organisation des soins et d'adopter des normes adaptées aux réalités d'aujourd'hui. Cette révision serait aussi un facteur d'attractivité pour les personnels soignants. Cela leur enverrait le message qu'ils vont travailler dans des structures où ils pourront prendre en charge les mères et leurs bébés en répondant convenablement à leurs besoins.

Pr Camille Le Ray



FIN DE VIE ET RÔLE DU MÉDECIN : L'ORDRE OUVRE LE DÉBAT

Le 5 novembre, le Cnom a organisé une nouvelle édition des « Débats de l'Ordre » consacrée au rôle du médecin dans l'accompagnement des souffrances et de la fin de vie. Les échanges nourris entre les invités et le public ont montré que ce sujet reste aujourd'hui l'un des plus sensibles de notre société.

Texte : Eva Jednak
Photos : DR



« **R**éfléchir à la place que nous avons, nous médecins, entre la science et la conscience. » C'est par ces mots que le D^r Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom, a ouvert cette journée de débats. Tout au long des quatre tables rondes, les invités ont abordé les grands enjeux éthiques, médicaux et sociétaux autour des soins palliatifs, du suicide assisté, de l'euthanasie et de l'aide à mourir. Ils ont passé en revue les différentes dispositions des deux propositions de loi relatives à la fin de vie – la première sur les soins palliatifs, la seconde sur l'instauration d'une aide à mourir – adoptées en première lecture par les députés le 27 mai dernier. Leur examen au Sénat, reporté à plusieurs reprises pour cause d'instabilité politique, est prévu à partir du 12 janvier 2026.

Médecins, professionnels de santé, responsables politiques, bénévoles et philosophes ont croisé leurs expériences et porté leurs convictions pour amener à des échanges riches, nourris, qui ont fait réfléchir chacun sur ce sujet à la fois très personnel et universel.



UN ORDRE PLUS QUE JAMAIS INVESTI

En organisant cette journée de débats, placée sous la coordination du D^r Christine Louis-Vahdat, présidente de la section Éthique et déontologie, le Cnom réaffirme son engagement à promouvoir une réflexion éthique, collective et éclairée sur la fin de vie. Le médecin, par sa responsabilité et son humanité, demeure au cœur de cet accompagnement. « *Les deux propositions de loi adoptées en première lecture par les députés interrogent très profondément nos valeurs, notre éthique professionnelle, notre identité et la place du médecin au sein d'une société en mutation* », a exposé le D^r Christine Louis-Vahdat en préambule de la journée.

Le Cnom insiste sur la nécessité d'être entendu dans les discussions à venir pour garantir la protection du médecin, quel que soit son choix. « *Nous demandons des mesures de protection pour les médecins qui voudraient participer aux procédures inscrites dans la proposition de loi. Il faut lever les zones d'ombre qui pourraient insécuriser leur pratique. Nous ne pouvons pas envisager de retrouver des médecins devant les chambres disciplinaires, même s'ils ont respecté le cadre strict de l'application de la loi, en raison d'une plainte de la famille du patient, par exemple* », explique le D^r Christine Louis-Vahdat. Les médecins qui ne souhaitent pas participer à ces procédures, qu'importe leur exercice, doivent également être en mesure de le refuser. « *La clause de conscience doit être inattaquable*, ajoute la présidente de la section Éthique et déontologie. *L'Ordre est prêt à mener ce travail exigeant et sera au rendez-vous.* »



+ D'INFOS Visionnez deux interviews du D^r Christine Louis-Vahdat

- Les frontières entre suicide assisté et euthanasie d'exception
- L'aide à mourir et l'exercice de la médecine



TABLE RONDE N° 1

QUEL BILAN DES SOINS PALLIATIFS ? QUELLES PERSPECTIVES POUR L'AVENIR ?

Participants

(de gauche à droite) :

D^R CLAIRE FOURCADE, ancienne présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) médecin en soin palliatif à Narbonne.

MME NATHALIE MAHIU, représentante de Jalmauv Rouen (association qui intervient auprès des personnes en fin de vie).

D^R LAURA ARASSUS, médecin en soins palliatifs ambulatoires.

D^R JÉRÔME PELLERIN, psychiatre à l'unité de soins palliatifs des Diaconesses, Paris.

Modérateur : **D^R SONNY GENE**, élu ordinal membre de la section Éthique et déontologie.



Tous les jours, en France, 500 personnes meurent sans avoir pu bénéficier des soins palliatifs dont elles auraient eu besoin», expose le

D^r Claire Fourcade en introduction. Sur l'estrade, tous les intervenants sont unanimes : il est plus qu'urgent d'investir dans le développement des soins palliatifs en France. Nés d'une volonté d'humanité dans le soin, les soins palliatifs doivent être accessibles à tous et pleinement intégrés au système de santé. Le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques va faire augmenter le besoin en soins palliatifs. Or, les équipes existantes sont fragiles. 11 unités de soins palliatifs ont ouvert l'an dernier, 9 ont fermé faute de personnel.

Former et faire connaître

L'un des angles morts avancés : la formation. « "Douleur et soins palliatifs", c'est 7 heures d'enseignement en 10 ans, déplore le D^r Laura Arassus. Il faut encourager les jeunes médecins à découvrir les soins palliatifs. Les former est une priorité. » Mais comment le faire ? Sur quoi axer l'enseignement ? « De nombreuses questions restent ouvertes, dans les soins palliatifs, en fonction des situations uniques rencontrées. Il ne s'agit pas que d'une formation technique, il y a aussi la vocation de l'accompagnement », expose le D^r Jérôme Pellerin. « Les soignants qui choisissent de s'engager dans cette voie ont, selon moi, le goût de la relation plus que de la dimension scientifique de la médecine », confirme le D^r Claire Fourcade.

L'affaire de toute la société

« Les soins palliatifs sont l'affaire de tous. Toute la société doit s'impliquer dans la fin de vie et dire au patient : "Tu comptes pour nous." C'est d'ailleurs ce que viennent dire les bénévoles dans les services », ajoute le D^r Claire Fourcade. La bénévole Nathalie Mahiu conclut en citant trois mots qui résument, selon elle, le débat : « L'humanité, d'abord. Nous, bénévoles, venons représenter la société auprès des patients et des soignants. L'humilité, ensuite, devant le mystère de la personne que nous accompagnons, qui est remplie d'une vie passée et qui a encore de la vie en elle. Et enfin, la solidarité, celle de la société vis-à-vis de toute personne, et notamment des plus fragiles. » •

+ D'INFOS Visionner la table ronde dans son intégralité (1 h 30)

TABLE RONDE N° 2

SOINS PALLIATIFS : QUELS ENJEUX ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX ?

Comment envisager une réflexion sur l'aide à mourir tant que le problème économique et social des soins palliatifs n'est pas définitivement réglé ? », introduit le D^r Didier Legeais. Si l'on se réfère aux estimations de la Cour des comptes en 2023, les 100 millions d'euros prévus chaque année par la stratégie décennale pour le développement des soins palliatifs ne couvriraient qu'environ 10 % des besoins réels. « J'entends la question des financements, répond Annie Vidal. Il en faudrait 200, voire 300 millions par an. Mais il faut surtout d'abord que le texte aille au bout. Après, il faudra porter le débat de l'augmentation des enveloppes. »

Une difficulté à estimer les besoins

Au sujet d'une loi de programmation en soins palliatifs, Frédéric Bizard déplore un « amateurisme » en matière d'économie de la santé. « Les dépenses en soins palliatifs sont estimées à 1,5 milliard par an, mais ce n'est qu'une estimation : on ne connaît même pas précisément ce que l'on dépense ! Il nous faut des évaluations sérieuses. » Investir dans le développement des soins palliatifs permettrait, selon lui, de réaliser d'importantes d'économies, en plus de garantir une prise en charge adaptée aux patients maintenus dans d'autres services. « Les racines profondes du problème des soins palliatifs sont dans le système de santé », ajoute-t-il en expliquant la nécessité d'une réforme globale. La députée reconnaît que le système est bloqué, et regrette que les financements pour les soins palliatifs soient sans doute, les prochaines années, en-deçà de ce qui est attendu.



Participants (de gauche à droite) :

M. FRÉDÉRIC BIZARD, macro-économiste spécialiste de la santé.

MME ANNIE VIDAL, députée, vice-présidente de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

D^r CATHERINE GRENIER, médecin conseil national de la Caisse nationale de l'Assurance maladie.

D^r SONNY GENE, médecin en soins palliatifs en établissement en Guadeloupe, élu ordinal.

Modérateur : **D^r DIDIER LEGEAIS**, élu ordinal membre de la section Éthique et déontologie.

Proposer une organisation territoriale

Tous les intervenants se sont accordés à dire que les soins palliatifs ne devaient pas être envisagés comme une entité à part et qu'il était nécessaire de développer des parcours organisés de soins palliatifs afin de proposer une organisation territoriale et non par filière de soins. « C'est un continuum qu'il faut construire avec l'ensemble des professionnels de santé », ajoute le D^r Catherine Grenier, qui poursuit en citant certains progrès sociétaux observés ces dernières années, comme une meilleure appropriation des directives anticipées par les citoyens. « Le sujet est aussi de ressources humaines. Il faut sou-

tenir les professionnels de santé dans ces métiers compliqués. »

Le D^r Sonny Gene a ensuite dressé un panorama de la situation des soins palliatifs en Guadeloupe, l'un des départements français les plus vieillissants. « Le territoire n'est pas préparé », a-t-il alerté, déplorant une inégalité territoriale.

À l'issue de cette table ronde, le Cnom rappelle que le rôle de l'institution est d'accompagner les médecins dans le développement de l'exercice complémentaire en soins palliatifs et insiste sur la nécessité de garantir l'accès aux soins palliatifs avant d'instaurer un droit à l'aide à mourir. •

+ D'INFOS Visionner la table ronde dans son intégralité (1 h 30)

TABLE RONDE N° 3

SUICIDE ASSISTÉ ET EUTHANASIE D'EXCEPTION : QUELS ENJEUX ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX ?

En préambule, le Pr Jacques Bringer a tenu à rappeler quelques chiffres. « Dans tous les pays où le suicide assisté est autorisé, 98 % des citoyens n'y recourent pas. Là où l'euthanasie est légalisée, 94 à 96 % des citoyens n'y recourent pas. Il faut rappeler ces données pour ne pas manipuler les peurs, les craintes. » Le débat s'est ensuite attaché à la sémantique et à la symbolique. « Nous avons eu le débat dans l'Hémicycle et avons finalement retenu dans le texte les termes d'aide à mourir, car certains de ces mots – euthanasie, notamment – sont connotés historiquement », explique Olivier Falorni.

Une euthanasie d'exception ?

Plusieurs éléments figurant dans la proposition de loi sont ensuite discutés. Interrogée sur l'euthanasie d'exception, le Dr Valérie Mesnage réagit : « Il ne faut pas confondre la demande, qui est l'expression d'une volonté, et l'autonomie physique à pouvoir la réaliser. Il y a des personnes qui demandent à être aidées à mourir et qui, même physiquement aptes, ne se sentent pas capables de réaliser le geste. Si l'on veut vraiment mettre le patient au cœur du choix, pourquoi ne pas le lui laisser entièrement, indépendamment de sa capacité physique ? »

Une collégialité aux contours flous

Le Dr Didier Legeais ainsi que le Dr Christine Louis-Vahdat, tous deux élus ordinaires, se sont inquiétés des contours de la collégialité, encore trop flous. « Nous ne voulons pas voir des médecins devant les chambres disciplinaires car le cadrage n'a pas été suffisant », expose le Dr Christine Louis-Vahdat, en



Participants (de gauche à droite) :

Dr JACQUES BRINGER, président du Comité d'éthique de l'Académie de médecine.

Dr VALÉRIE MESNAGE, neurologue, médecin au centre d'éthique clinique de l'AP-HP.

M. OLIVIER FALORNI, député, rapporteur général du texte sur le droit à l'aide à mourir.

M. NICOLAS GOMBAULT, directeur de la MACSF.

Dr DIDIER LEGEAIS, urologue et directeur général de Medirisq, élu ordinal.

Modératrice : **Dr CHRISTINE LOUIS-VAHDAT**, présidente de la section Éthique et déontologie.

regrettant que les amendements proposés par le Cnom n'aient pas été retenus en première lecture. Nicolas Gombault, directeur général de la MACSF, le confirme. « Le texte prévoit que la décision soit prise par le médecin seul. Certes, après avis, mais in fine, la décision finale lui revient. Au niveau du risque, nous le regrettons. Lorsque la décision est véritablement prise de concert par plusieurs individus, les mises en cause de responsabilité sont plus difficiles à opérer. » Olivier Falorni répond que le cadrage de la collégialité est quasiment le même que celui encadrant la sédation profonde et continue dans la loi actuelle, « en plus strict, avec l'avis d'un deuxième médecin ».

Une clause de conscience inattaquable

En fin de débat, le Dr Christine Louis-Vahdat rappelle que l'Ordre tient à une clause de conscience inscrite dans la loi. « Il est indispensable que les médecins qui souhaitent participer à ce processus d'aide à mourir puissent le faire en toute liberté, et que ceux qui ne souhaitent pas le faire, qu'importe leur exercice, soient en mesure de le refuser également. La clause de conscience doit être inattaquable. » •

+ D'INFOS Visionner la table ronde dans son intégralité (1 h 30)

TABLE RONDE N° 4

AIDE À MOURIR : QUEL(S) CHOIX POUR LES ACTEURS DE LA RELATION PATIENT-MÉDECIN ?

Ce débat s'est ouvert sur un témoignage de l'expérience belge, où l'euthanasie est dépénalisée depuis

23 ans, et sur ses incidences sur la relation médecin-patient. « Cette loi a obligé les médecins à écouter les patients, les familles. En Belgique, on parle de fin de vie beaucoup plus facilement qu'autrefois, et c'est une amélioration majeure », a expliqué le Pr François Damas.

Entendre la demande du patient

« Oui, il est important de laisser les patients nous parler de leur désir de mort, répond le Dr Raphaël Gourevitch. Mais il faut entendre l'implicite derrière : une demande de soulagement, une demande de vivre mieux, de ne plus souffrir. La déontologie n'est pas la démission », a-t-il ajouté, en expliquant qu'il n'était pas favorable à ouvrir ce droit en France. Les échanges se sont poursuivis sur cette nécessité première d'entendre la demande du patient et ce qu'elle sous-tend. « On ne peut jamais être sûr qu'une demande de mort est à 100 % une demande de mort. Il y a de l'immaîtrisable, de l'ambivalence », ajoute le Dr Ferodja Hocini.

Intention ou prévision de mort ?

Les Drs Bruno Dallaporta et Ferodja Hocini poursuivent leur raisonnement. « Il faut différencier l'intention de mort de la prévision de mort. Avec l'analgesie, la limitation ou l'arrêt des traitements, le médecin a l'intention de soulager le patient avec la prévision que la mort va survenir. Avec le suicide assisté ou l'euthanasie, le médecin a l'intention de donner la mort. » Un universel tombe, ajoute le Dr Bruno Dallaporta. Le Pr François Damas répond : « Accepter une euthanasie n'est pas une décision qui



Participants (de gauche à droite) :

DR RAPHAËL GOUREVITCH, psychiatre au GHU Sainte-Anne à Paris.

DR ANNE VIVIEN, anesthésiste-réanimatrice, vice-présidente de l'Association pour le droit à mourir dans la dignité.

DR FERODJA HOCINI, psychiatre et philosophe.

DR BRUNO DALLAPORTA, néphrologue, philosophe, docteur en éthique médicale et philosophie appliquée à la santé.

PR FRANÇOIS DAMAS, chef de service des soins intensifs du CHR Citadelle à Liège en Belgique.

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

m'appartient, mais qui appartient au malade. Et le fait que je porte cette intention de mort est secondaire par rapport à la propre intention et décision du malade. » L'essentiel, a-t-il ajouté, est de construire un dernier parcours qui ait du sens pour le patient, sa famille et le médecin.

Le Dr Raphaël Gourevitch évoque une dérive inéluctable selon lui : celle de l'élargissement progressif des indications au droit à mourir. « Dans deux ou trois générations, avance-t-il, ce sera une façon normale de mourir. » Le Dr Anne Vivien lui répond : « Ce qui se passe actuellement est que l'on meurt mal en France. Alors, pour

éviter des projections incertaines, doit-on complètement ignorer, mépriser, laisser de côté les malades qui ne sont pas pris en compte par la loi actuelle ? »

En concluant cette journée, le Dr Christine Louis-Vahdat a insisté sur le fait que l'Ordre reste plus que jamais engagé. « Nous veillerons à ce que les décrets d'application de la loi soient en accord avec la déontologie médicale. Il en va de la sécurité des médecins comme de celle des patients. » •

+ D'INFOS Visionner la table ronde dans son intégralité (1 h 30)

CAHIER **Mon** exercice

26-28 RAPPORT

Vaccination : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sans oser le demander

29 DÉCRYPTAGE

Secteur 2 : quelles démarches pour y accéder ?

30-31 RAPPORT

Actualisation du rapport
Assurances : questionnaires de santé et certificats

ALERTE AUX INJECTIONS ILLÉGALES DE TOXINE BOTULINIQUE

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) alerte sur trois nouveaux cas graves de botulisme à la suite d'injections illégales de toxines botuliniques à visée esthétique. Ces injections sont réalisées par des personnes non habilitées et représentent une mise en danger. Pour rappel, elles doivent être effectuées uniquement par des médecins habilités, dans un cadre sécurisé, avec des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, dont la sécurité et l'efficacité ont été évaluées. Médecins, déclarez tout événement indésirable que vous suspectez d'être en lien avec une injection illégale de toxine botulinique.

+ D'INFOS Le communiqué de l'ANSM

PARU AU JO

DÉCRET N° 2025-1131
DU 26 NOVEMBRE 2025
prévoyant la participation
des assurés aux frais
de vaccination en laboratoire
ainsi que l'accès sans reste

à charge à certaines
prothèses capillaires
et à certains véhicules
destinés à des personnes
en situation de handicap.

INSTRUCTION N° DGOS/AS3/RH5/
2025/162 DU 18 NOVEMBRE 2025
relative à la préparation du
système de santé à l'accès aux
soins non programmés et de
médecine d'urgence durant l'hiver
2025-2026.



VACCINATION : TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SANS OSER LE DEMANDER

Le Cnom publie un rapport complet et étayé sur la vaccination, enjeu majeur de santé publique. Ce document, qui s'adresse aux médecins, est centré sur les aspects juridiques et déontologiques, et a pour objectif de guider les médecins en fonction des situations qu'ils peuvent rencontrer dans leur exercice.



**DR HÉLÈNE
HARMAND-ICHER,**
présidente de la section
Santé publique



DR SYDNEY SEBBAN,
vice-président de la section
Santé publique

différés en expériences compréhensibles, c'est le défi d'une information régulière du grand public par les médecins et les autres professionnels de santé impliqués. Accomplir cet acte de prévention nécessite donc un accompagnement adapté et personnalisé du patient. Un médecin convaincant est avant tout un médecin convaincu maîtrisant sa pratique.

C'est le sens de ce document centré pour l'essentiel sur les aspects juridiques et déontologiques de la vaccination. Il a pour objectif d'apporter des références pratiques pour argumenter une décision, orienter une conduite, documenter une action, harmoniser les pratiques entre acteurs de terrain. Nous avons souhaité y intégrer les dernières évolutions législatives et réglementaires en élargissant la notion de responsabilité à la prévention, l'information, la traçabilité et la dimension collective.

LA RAISON D'ÊTRE DU RAPPORT

La vaccination a pour vertu d'immuniser contre des maladies potentiellement sévères, handicapantes, voire mortelles. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les vaccinations sauvent la vie de 2 millions de personnes chaque année dans le monde. Pourtant, en France, pays de Louis Pasteur, l'hésitation vaccinale reste un défi permanent. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les effets positifs de la vaccination ne sont pas tangibles immédiatement à l'échelle individuelle. Pour prendre conscience de ses bénéfices, il est indispensable d'effectuer un zoom arrière et de porter un regard collectif et à long terme. Traduire ces résultats globaux, abstraits ou

LES GRANDS THÈMES ABORDÉS

Six chapitres structurent le rapport.

1. CONTEXTE ET ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA VACCINATION

Les sujets traités dans le chapitre : un paysage vaccinal en mutation, invariants et variants de la vaccination contemporaine, défis à relever et construction d'un nouveau contrat social autour de la vaccination.

2. VACCINER EN 2025 : UN DÉFI ET DES RESPONSABILITÉS

Au sommaire du chapitre : intérêt certain de la vaccination, état des lieux de l'hésitation et de la défiance, cadre légal, nouveaux défis et conditions d'une vaccination réussie.

3. ACCOMPAGNER LA DÉCISION SELON LES POPULATIONS

Les catégories de population traitées dans ce chapitre : le professionnel de santé et sa propre vaccination, les enfants et adolescents mineurs, et les majeurs vulnérables.

4. RESPONSABILITÉS ET PRATIQUES SÉCURISÉES

Au sommaire : responsabilité médicale et vaccination – comment prévenir les risques juridiques; gestion pratique des contre-indications à la vaccination et de leurs conséquences; gestion pratique des événements post-vaccinaux; responsabilité du médecin en cas de refus des parents à procéder à la vaccination; et responsabilité du médecin qui ne respecte pas la loi.

5. PROCÉDURES D'ÉVALUATION ET D'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES POST-VACCINAUX

Au sommaire du chapitre : les vaccinations obligatoires et la compétence directe de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), les vaccinations recommandées et la procédure devant la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et orientation, les recours judiciaires de droit commun, l'état du droit en matière de lien de causalité imputable aux vaccins en 2025, les vaccins liés à une mesure sanitaire d'urgence.

6. AXES DE RÉFLEXION ORDINALE

L'Ordre formule ici plusieurs propositions sur les sujets

suivants : simplification du schéma vaccinal, disponibilité des vaccins, accessibilité des vaccins, vaccinations obligatoires des médecins, formation des médecins et communiquer au grand public sur l'intérêt de la vaccination.

LES FICHES ET FICHES PRATIQUES

Le rapport est composé, en annexes, de plusieurs fiches et fiches pratiques concrètes pour les médecins, fournissant des recommandations précises en fonction de cas pratiques couramment rencontrés en cabinet.

- 1 **Fiche pratique : Comportement et discours du médecin face à un patient hésitant ou opposé à la vaccination.**
- 2 **Vaccination et responsabilité du médecin**
- 3 **Vaccination tout au long de la vie**
- 4 **Vaccination des professionnels de santé**
- 5 **Vaccination Covid-19**
- 6 **Vaccination HPV**
- 7 **Vaccination contre la grippe**
- 8 **Fiche pratique : Quelles sont les démarches en cas de perte du carnet de santé**
- 9 **Fiche pratique : Rattrapage vaccinal**
- 10 **Fiche pratique : Comment déclarer un événement en pharmacovigilance (patient, médecin...)**
- 11 **Les procédures d'indemnisation liées aux préjudices post-vaccinaux**

+ D'INFOS Le rapport au complet (novembre 2025)

POUR CONCLURE

Malgré la simplicité apparente de l'acte vaccinal, il n'en reste pas moins qu'il n'est ni anodin, ni facile, ni banal. Il mobilise des compétences médicales, une exigence d'information, des responsabilités juridiques et une vigilance déontologique. Malgré un cadre qui pourrait paraître rigide, la vaccination reste l'un des outils les plus efficaces de santé publique. Elle repose sur un équilibre subtil entre bénéfice individuel et solidarité collective, autonomie du patient et intérêt de la population, progrès scientifique et éthique du soin. Le professionnel vaccinateur agit non seulement en soignant un patient, mais aussi en protégeant une population, ce qui confère à son geste une portée médicale, sociale, éthique et juridique. Dans un contexte sociétal exigeant, il est plus que jamais nécessaire de garantir la qualité, la traçabilité et la loyauté de l'acte vaccinal, tout en renforçant la confiance dans ses bienfaits. L'exigence déontologique ne freine pas la vaccination, bien au contraire, elle la sécurise et la légitime.

LA COUVERTURE VACCINALE EN FRANCE

Une couverture vaccinale élevée est essentielle pour contrôler les maladies infectieuses et protéger la population. États des lieux, en France, sur certaines maladies par population cible.

CHEZ LES NOURRISSONS

> MÉNINGOCOQUES

- **81,9 %** des nourrissons ont reçu en 2024 une première dose de vaccin contre le méningocoque B, contre 74,7 % en 2023.
- **88,6 %** des nourrissons ont reçu en 2024 une première dose de vaccin contre le méningocoque C (vaccin monovalent C ou quadrivalent ACWY).
- Depuis le 1^{er} janvier 2025, la vaccination tétravalente ACWY et la vaccination contre le méningocoque B sont devenues obligatoires pour tous les nourrissons.

> ROUGEOLE, OREILLONS ET RUBÉOLE (ROR)

- **95,4 %** la couverture vaccinale pour la première dose en 2021.
- **92,6 %** la couverture vaccinale pour la deuxième dose en 2021.
- L'objectif à atteindre est de 95 % pour l'élimination de la rougeole.

CHEZ LES ADOLESCENTS

> PAPILLOMAVIRUS

- **58,4 %** des jeunes filles de 15 ans ont reçu une première dose de vaccin en 2024. Elles étaient 54,6 % en 2023.
- **36,9 %** des jeunes garçons de 15 ans ont reçu une première dose de vaccin en 2024. Ils étaient 25,9 % en 2023.
- Bien qu'en progression, les couvertures vaccinales restent inférieures à l'objectif de couverture vaccinale de 60 % à l'horizon de 2023 et de 80 % à l'horizon 2030.

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

> COQUELUCHE

- **62,3 %** des femmes ayant accouché en 2024 ont été vaccinées pendant leur grossesse. Elles étaient 43,4 % en 2023.
- La vaccination contre la coqueluche est recommandée chez la femme enceinte depuis 2022.



CHEZ LES + DE 65 ANS

> DIPHTÉRIE, TÉTANOS, POLIOMYÉLITE (DTP)

À 65 ans, **1 personne sur 2** est correctement vaccinée contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP).

La couverture vaccinale du vaccin contre le DTP diminue avec l'âge :

- 50 % à 65 ans.
- 44 % à 75 ans.
- 34 % à 85 ans.

> GRIPPE

C'est le contraire avec le vaccin contre la grippe :

- **47 %** chez les 65-74 ans.
- **61 %** chez les 75 ans et plus.

→ La couverture vaccinale du vaccin contre la grippe reste très insuffisante en France.

> INFECTIONS À PNEUMOCOQUE

- Moins de **20 %** des 65 ans et plus, à risque élevé d'infections à pneumocoque, sont correctement vaccinées.

+ D'INFOS Le bulletin vaccination de Santé publique France (avril 2025)

ACCÈS AU SECTEUR 2 : QUELLES PROCÉDURES ?

Pour un médecin exerçant en libéral, deux procédures existent pour l'accès au secteur 2. Le Cnom ne statue pas sur le droit d'exercer en secteur 2 : c'est le rôle la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), après avoir éventuellement pris son avis. Explications.



**DR RENÉ-PIERRE
LABARRIÈRE,**

Président de la section exercice
professionnel

Les conditions d'accès au secteur 2 sont précisées par l'arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Les médecins doivent s'installer pour la première fois en libéral et être titulaires des titres hospitaliers suivants :

- Ancien chef de clinique des universités assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021.
- Ancien assistant hospitalier universitaire dont le statut relève du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021.
- Ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008.
- Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique.
- Médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées.
- Praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent :
 - les médecins des hôpitaux exerçant à 100 % au sein de leur établissement sans condition d'ancienneté ;
 - les médecins des hôpitaux exerçant entre 50 et 90 % au sein de leur établissement, comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions.

Deux procédures sont ensuite possibles pour les médecins remplissant ces conditions et souhaitant s'établir en secteur 2.



La première procédure est celle dite de « l'accès direct » : les médecins titulaires des titres adressent leur demande à leur Caisse primaire d'Assurance maladie et accèdent directement au secteur 2 après validation de celle-ci.

La seconde procédure est celle de l'équivalence des titres. Elle concerne les médecins ayant exercé leurs fonctions dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic), ou dans un pays de l'Union européenne, en Suisse, au Québec, en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie française. La décision est alors prise par la Cnam après avis du Cnom, qui doit attester que le médecin remplit les conditions statutaires.

En France, pour obtenir le titre d'ancien assistant des hôpitaux, qui permet de s'établir en secteur 2, une année de docteur junior est prise en compte (article R. 6152-537 du code de la santé publique). Dès lors, une année de fonction en tant qu'assistant des hôpitaux est donc suffisante. Dans l'examen des dossiers soumis au Cnom, cette règle est également appliquée aux médecins ayant exercé des fonctions dans des Espic.

Après examen de chaque dossier au cas par cas, le Cnom remet son avis à la Cnam, à qui revient toujours la décision finale.

+ D'INFOS

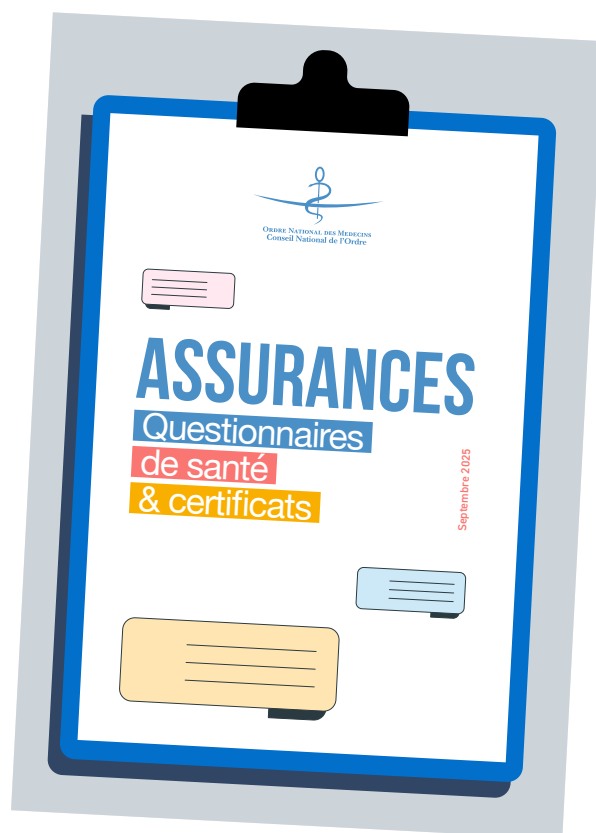
La fiche pratique sur le secteur 2 (janvier 2025)

MISE À JOUR DU RAPPORT « ASSURANCES : QUESTIONNAIRES DE SANTÉ ET CERTIFICATS »

Une version actualisée et enrichie du rapport « Assurances : questionnaires de santé et certificats » a été adoptée par le Cnom au mois de septembre 2025.



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



Les médecins sont régulièrement sollicités par les candidats à l'assurance, les assurés ou leurs ayants droit pour rédiger des certificats ou remplir des questionnaires d'assurance demandés par les compagnies d'assurances ou leurs médecins-conseils. L'objet de ce rapport est de les informer, de manière concrète, sur leur rôle ainsi que sur celui des conseils départementaux de l'Ordre, en fonction des différentes situations présentées au fil des pages.

LA RECOMMANDATION GÉNÉRALE DE L'ORDRE

Garant du respect du secret médical, protégé par le législateur, l'Ordre des médecins recommande au praticien la prudence, laissant le patient ou ses ayants droit transmettre ou non les éléments auxquels la loi leur permet d'accéder et qu'il leur communique. Le médecin peut conseiller le patient ou ses ayants droit en leur indiquant les éléments médicaux qui répondent aux demandes de l'assurance, les éclairer sur les conséquences possibles de la divulgation d'informations médicales. Il doit se garder de se rendre, volontairement ou non, complice de fraude ou de dissimulation d'éléments quels qu'il soient. Le médecin traitant n'a pas à remplir, signer, apposer son cachet ou contresigner un questionnaire de santé simplifié ni à rédiger un certificat l'obligeant à détailler les causes du décès ou les antécédents de la personne décédée.

EXTRAITS DES SITUATIONS DÉCLINÉES DANS LE RAPPORT

1. Les généralités des certificats en matière d'assurance

Lorsqu'une demande de certificat lui est faite, le médecin est guidé par les principes suivants :

- Le secret n'est pas opposable au patient qui est maître du secret le concernant et qui peut le partager avec qui il veut.
- Du vivant du patient, aucun certificat ne doit être adressé à un tiers sauf situation prévue par la réglementation, mais doit être remis en main propre au patient qui en fait lui-même la demande.
- Le patient ne peut délier le médecin du secret médical et ce dernier ne peut s'en affranchir après le décès du patient. Les intérêts propres d'une personne n'autorisent pas le médecin, même avec l'accord de celle-ci, en dehors des cas prévus par la loi, à dévoiler à un tiers ce qu'il a appris à l'occasion des soins dispensés et même au-delà.
- Le médecin doit se garder de permettre des fraudes ou de fausses déclarations aux dépens des assurances. Il doit au contraire insister sur la nécessité de déclarations complètes et sincères.
- Le médecin garde copie du certificat signé dans le dossier médical.

2. Les questionnaires de santé en vue d'une souscription d'un contrat d'assurance

Ce chapitre détaille les cas particuliers du questionnaire de santé simplifié (à remplir par le candidat à l'assurance), du questionnaire détaillé par pathologie ou par appareil, et des examens complémentaires spécifiques.

3. Le cas particulier des patients ayant déclaré un risque aggravé de santé couvert par la Convention Aeras

Ce chapitre aborde les sujets du «droit à l'oubli», de la grille de référence Aeras et du rôle et des responsabilités des médecins.

4. Les documents post mortem

Ce chapitre traite de plusieurs sujets :

- Le droit à la délivrance de certaines informations concernant une personne décédée : qui sont les personnes bénéficiaires de ce droit ? Quelles informations peuvent leur être communiquées ?
- La cause du décès.
- Le rédacteur du certificat post mortem demandé après le décès de l'assuré.
- L'état antérieur du patient.
- Un cas particulier : les bénéficiaires d'un contrat d'assurance-décès qui n'ont pas la qualité d'ayant droit.

5. Le cas des assurances annulation de voyage

Dans le cas où le malade est l'assuré : il a légalement accès à son dossier médical. Il peut donc s'il le souhaite communiquer au médecin de l'assurance les éléments médicaux nécessaires. Dans le cas où un proche de l'assuré décède : si l'assuré est un ayant droit, et dans ce cas seulement, il peut là aussi demander communication des éléments du dossier médical nécessaires pour faire valoir ses droits.

6. Le cas des assurances prenant en charge l'incapacité de travail ou l'invalidité

L'assuré, qui a accès à son dossier médical, peut communiquer au médecin-conseil de l'assurance les éléments médicaux relatifs à son état de santé à l'origine de son incapacité de travail ou de son invalidité.

En annexe, les textes légaux sont répertoriés.

+ D'INFOS

- Le rapport au complet
- Le bulletin spécial de l'Ordre des médecins consacré au secret médical

QUELQUES CAS PRATIQUES

Dans le cadre d'un questionnaire détaillé par pathologie ou appareil, le médecin peut-il se prononcer sur l'évaluation du risque ?

Non, le médecin n'a jamais à se prononcer sur l'évaluation du risque. Le médecin sollicité pour renseigner un questionnaire détaillé informe le candidat à l'assurance de l'objet de ce questionnaire, de l'importance de le remplir avec une totale sincérité afin de couvrir les risques malgré l'éventualité que la prime d'assurance s'en trouve majorée. Celle-ci est de la seule responsabilité de l'assureur.

Quel est le rôle du médecin auprès d'un patient concerné par la convention Aeras ?

Les questionnaires ciblés de la convention Aeras (classification TNM, grille pour droit à l'oubli...) sont souvent très techniques et détaillés. En aidant son patient dans ses démarches, le médecin joue son rôle essentiel de conseil et permet d'accélérer une procédure compliquée par la situation médicale du patient. Il ne déroge pas au secret, le patient ayant lui-même déclaré sa pathologie auprès du médecin de la compagnie d'assurances.

Le médecin peut-il révéler les causes du décès au médecin d'une compagnie d'assurances ?

S'il est contacté directement par le médecin de la compagnie d'assurances, le médecin, lié par le secret médical, ne doit pas lui répondre. S'il est contacté par des ayants droit de la personne décédée, par son concubin ou par son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le médecin qui a constaté le décès peut leur remettre un certificat indiquant, sans autre précision, que le décès résulte d'une cause naturelle ou d'un accident. Le médecin ne peut remplir, signer, apposer son cachet ou contresigner un questionnaire de santé ou un certificat médical détaillé révélant la nature, la date d'apparition de la maladie ayant entraîné le décès, l'existence d'autres affections...



DR

« La désinformation en santé n'est pas une opinion. C'est un risque »

Dr Hervé Maisonneuve,

médecin de santé publique, spécialiste de l'intégrité scientifique et auteur du blog *Redactionmedicale.fr*

« **E**n septembre dernier, j'ai été missionné par le ministère de la Santé – aux côtés de deux confrères* – pour mener une expertise sur l'obscurantisme et la désinformation en santé. Le phénomène n'est pas nouveau, mais il a pris une ampleur inédite avec les réseaux sociaux, particulièrement depuis la crise de la Covid-19 et la montée du mouvement antiscience aux États-Unis. Aujourd'hui, les fausses informations circulent à grande vitesse. Elles sont manipulées, amplifiées et constituent une menace directe pour la santé, voire la démocratie. Car non, la désinformation en santé n'est pas une opinion. C'est un risque.

Notre mission – dont les conclusions sont attendues en décembre – vise à proposer des solutions concrètes. Nous rencontrons de nombreux responsables politiques, professionnels de santé, chercheurs, journalistes, représentants de l'administration, des armées et de la société civile... L'objectif est de dresser un diagnostic, formuler des recommandations et poser les bases d'une stratégie durable. Il s'agit de mieux détecter les infos, de structurer des actions de formation, d'éducation, d'information et de prévoir des mécanismes de régulation et de sanction. L'enjeu est majeur : restaurer la confiance et protéger notre système de santé des dérives idéologiques, économiques ou sectaires.

Ce combat n'est pas nouveau pour moi. Je suis devenu médecin par altruisme, pour prendre soin des autres. Mon parcours m'a conduit de l'internat à Lyon au développement d'essais cliniques en industrie pharmaceutique, puis à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), précurseur de la HAS.

Très tôt, je me suis intéressé à l'intégrité scientifique, convaincu que la rigueur des publications conditionne la qualité du soin. C'est dans cet esprit que j'ai créé le blog *Rédaction médicale et scientifique* qui analyse le fonctionnement des revues biomédicales, les dérives éditoriales et les méconduites en recherche. Aujourd'hui, on estime qu'une publication scientifique sur deux présente au moins une forme de manipulation : biais, conflits d'intérêts non déclarés, données mal analysées, manipulations statistiques, embellissements, auteurs ajoutés sans légitimité...

Mon engagement reste inchangé : défendre une information médicale fiable, lisible, utile. La désinformation s'est désormais installée dans le débat public, souvent avec une intention délibérée de nuire. Pour y faire face, il faut cultiver le doute éclairé, l'esprit critique – encore trop absents à l'école, à l'université et dans la société. C'est l'un des grands chantiers de demain.»

PARCOURS

1979	1994	2009	2016	2023
Thèse de doctorat en médecine, Université de Lyon.	Président de l'Association européenne des rédacteurs scientifiques.	Lancement du blog <i>redactionmedicale.fr</i> .	Rapport «Corvol» : Bilan et propositions de mise en œuvre de la charte nationale d'intégrité scientifique.	La rédaction pour la recherche en santé' (5 ^e édition avec ME. Rougé-Bugat et E. Decullier).

* Avec les Pr^s Mathieu Molimard, professeur de pharmacologie clinique, chef de service au CHU de Bordeaux et membre de la Société française de pharmacologie et de thérapeutique, et Dominique Costagliola, épidémiologiste et biostatisticienne, directrice de recherche émérite à l'Inserm, membre de l'Académie des sciences.