

Responsabilité médicale / Bilan 2026

Conférence de presse – 22/09/2026

Ensemble, prenons soin de demain

Evolution de la sinistralité, des décisions de justice et des avis des CCI en 2025

Les déclarations et le taux de sinistralité repartent à la hausse

613 578

Sociétaires couverts en RCP
(596 854 en 2024 - 581 420 en 2023)

+ 2,80 %

4 567

Déclarations de dommages corporels
adressées par les sociétaires MACSF
(4 053 en 2024 - 4 267 en 2023)

+ 13 %

- **46 %** concernent les médecins (30 % du portefeuille RCP)
- **46 %** concernent les chirurgiens-dentistes (5 % du portefeuille RCP)

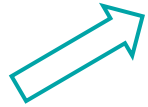
0,78 %

Taux de sinistralité
(déclarations dommages corporels et matériels)
(0,71 % en 2024 - 0,73 % en 2023)

+ 0,07 points

Le **taux de sinistralité** montre la fréquence du nombre de déclarations de sinistres (dommages corporels) pour 100 sociétaires

Taux de sinistralité en hausse pour les médecins, chirurgiens-dentistes et vétérinaires, stabilité pour les autres



1,12 %

pour les **186 807 médecins**
(1,01 % en 2024 - 1,10 % en 2023)



6,60 %

pour les **31 767 chirurgiens-dentistes**
(6,03 % en 2024 - 6,48 % en 2023)



0,25 %

pour les **47 582 kinésithérapeutes**
(0,27 % en 2024 - 0,29 % en 2023)



11,17 %

pour les **1 477 vétérinaires**
(10,33 % en 2024 - 10,47 % en 2023)



0,03 %

pour les **138 697 infirmières**
(0,03 % en 2024 et 2023)

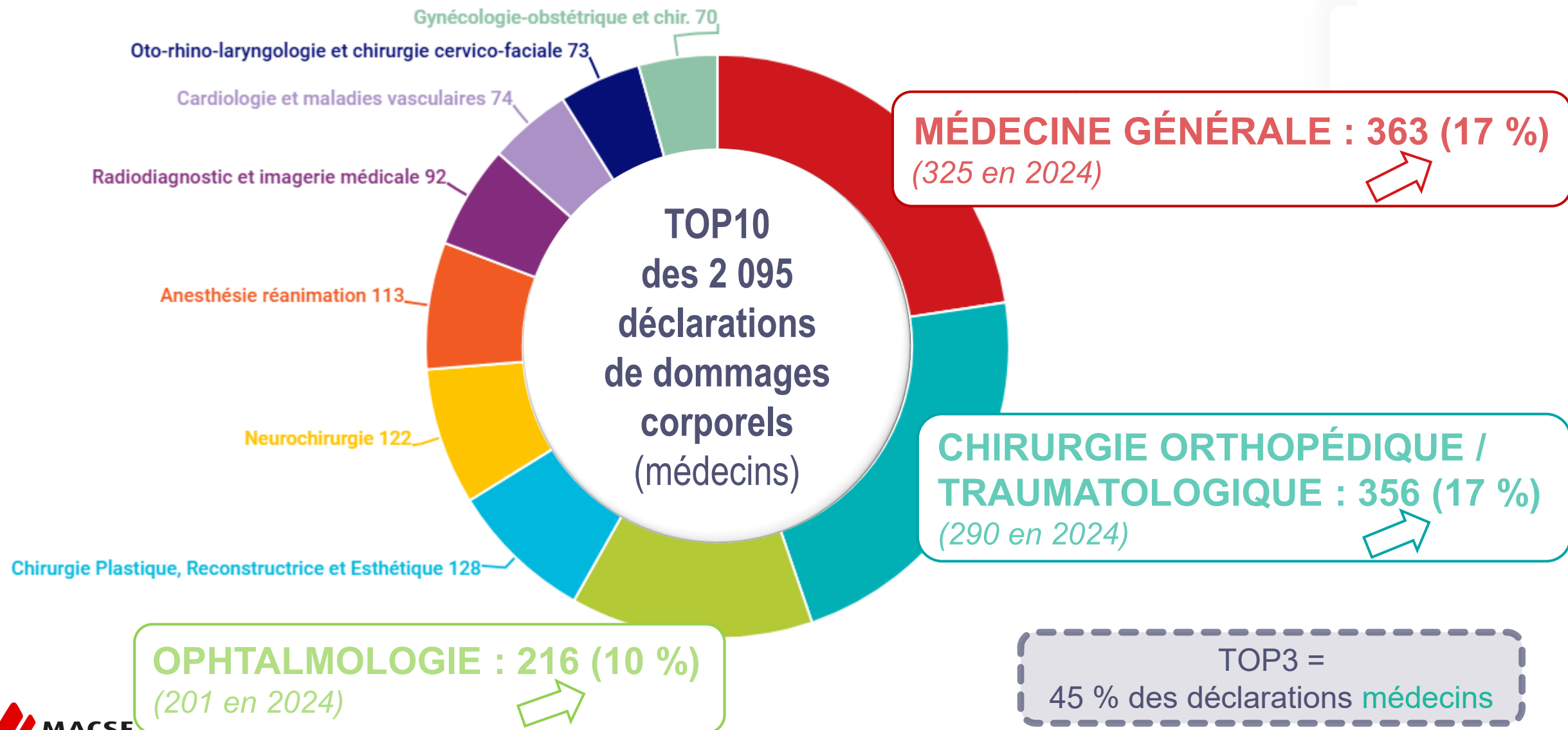


0,17 %

pour les **21 450 sages-femmes**
(0,19 % en 2024 - 0,17 % en 2023)



Déclarations - Médecins



Taux de sinistralité - Médecins libéraux

TOP 10 des spécialités		2025	2024
1	Neurochirurgie 	78,32 %	74,22 %
2	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 	56,37 %	47,29 %
3	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique 	40,07 %	40,20 %
4	Chirurgie Viscérale et Digestive / Chirurgie générale	25,00 %	48,42 %
5	Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie + Chirurgie orale	23,27 %	16,48 %
6	Chirurgie thoracique et cardio-vasc. / Chirurgie vasculaire	20,00 %	25,00 %
7	Chirurgie Urologique	16,59 %	10,68 %
8	Anesthésie Réanimation	16,39 %	12,28 %
9	Médecine d'urgence	10,96 %	6,48 %
10	Ophtalmologie	6,92 %	6,03 %

Le **taux de sinistralité** montre la fréquence du nombre de déclarations de sinistres (dommages corporels) pour 100 sociétaires

Déclarations de dommages corporels par procédures - Médecins



Et sur 10 ans ?

Remarquable stabilité des modes de recours :

- Les réclamations amiables et les CCI concentrent près de 3 dossiers sur 4
- Les procédures civiles fluctuent légèrement
- Les contentieux pénaux et ordinaires demeurent marginaux

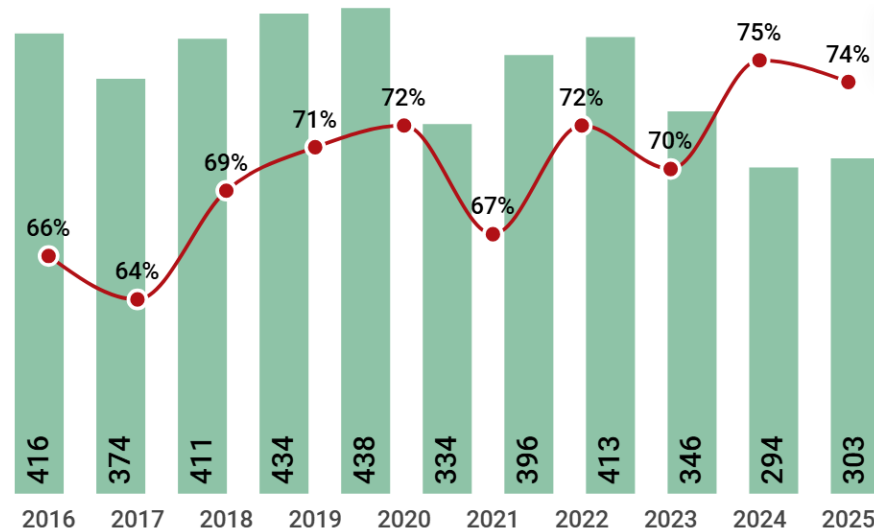


Des décisions civiles en légère hausse

Un niveau d'indemnisations historique

Légère hausse du nombre de décisions et un taux de condamnations toujours élevé

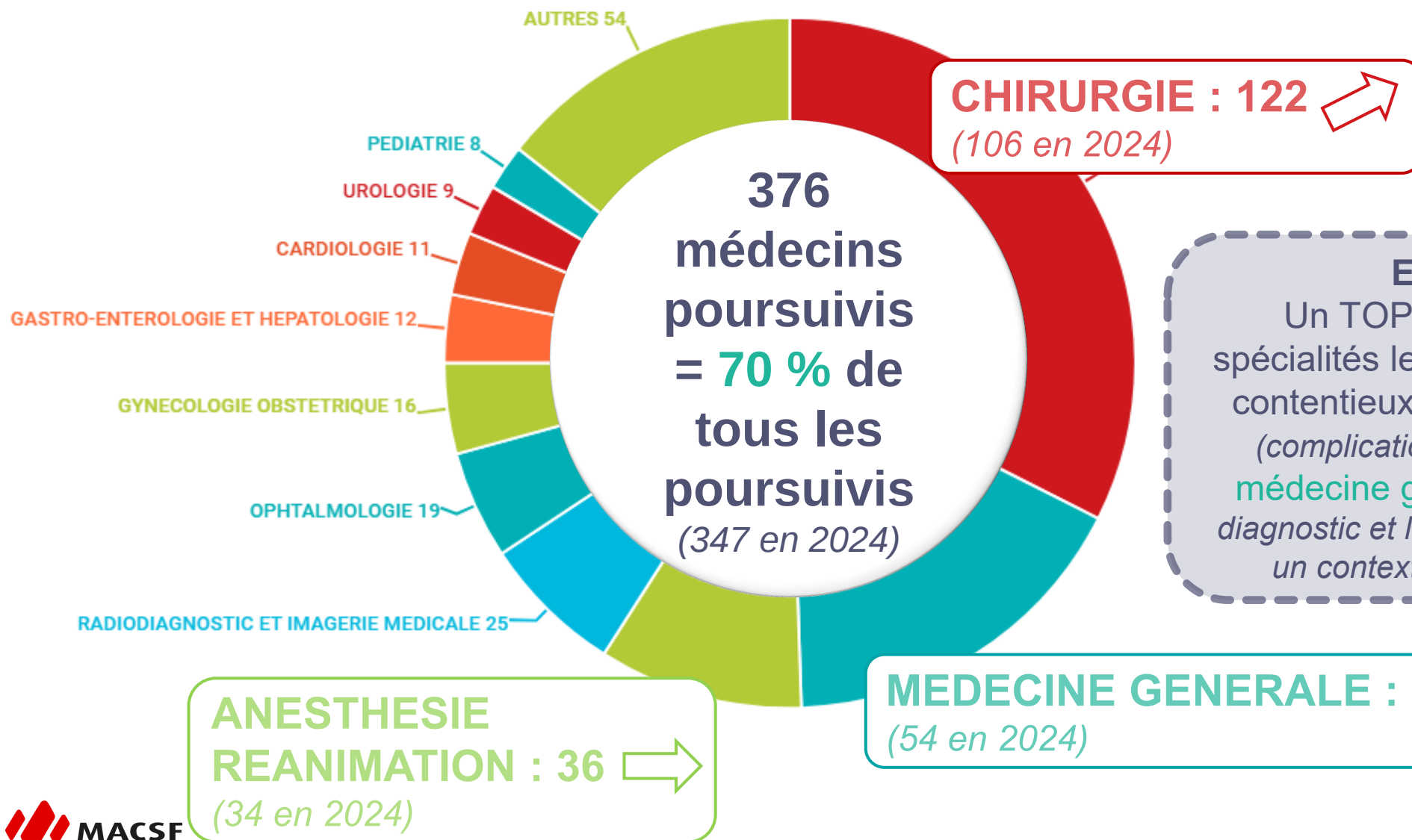
- **303** décisions **civiles** rendues + 3 %
- **539** professionnels de santé et établissements de soins poursuivis
(517 en 2024 - 588 en 2023)
- **Près des 3/4 (74 %)** des décisions prononcent la condamnation
d'au moins **1** professionnel de santé poursuivi - 1 point



Et sur 10 ans ?

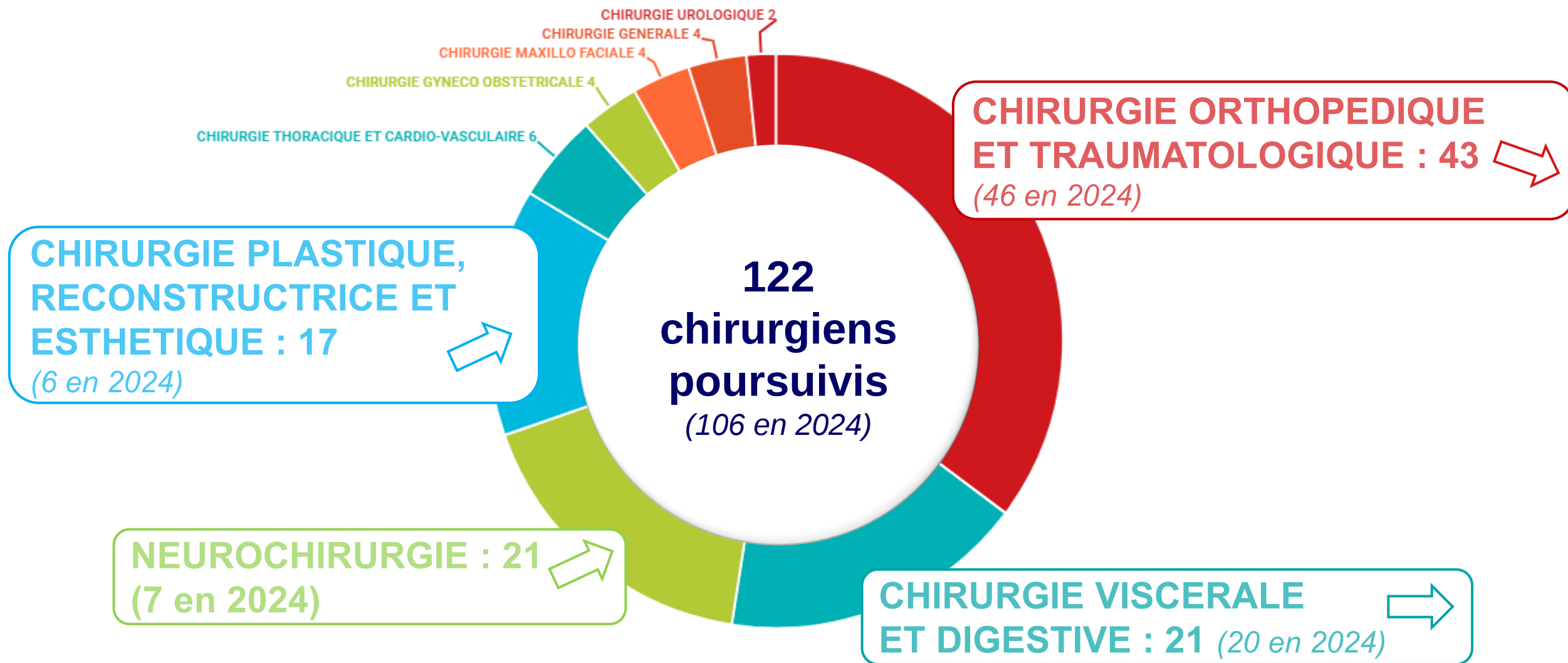
Le taux de **70 %** est atteint et même dépassé depuis 2019 (à l'exception de 2021)
C'est la confirmation de la sévérité du juge judiciaire dans l'appréciation des responsabilités

Décisions civiles - Médecins



Et sur 10 ans ?
Un TOP 3 inchangé parmi les spécialités les plus concernées par les contentieux : **chirurgie** et **anesthésie** (complications graves potentielles) et **médecine générale** (rôle pivot dans le diagnostic et le suivi des pathologies, dans un contexte démographique tendu)

Décisions civiles - Chirurgiens



Principaux motifs de condamnation des 5 spécialités médicales les plus condamnées

Chirurgiens

- Un défaut d'information, quelle que soit la spécialité chirurgicale
- Dans un dossier, le juge a rappelé que le fait qu'une information ait déjà été donnée pour une intervention sur la première épaule ne dispensait pas le chirurgien de dispenser une information avant l'intervention portant sur la seconde épaule
- Chirurgie esthétique (pour laquelle l'obligation d'information est renforcée) : un défaut d'information conduit à l'indemnisation d'une perte de chance et/ou d'un préjudice d'impréparation
- Une prise en charge défaillante des infections (retard de diagnostic, prise en charge insuffisante ou tardive, etc.) ou des complications postopératoires
- Une absence d'avis sollicité auprès de confrères
- Des modalités de sortie inadaptées (trop vagues ou trop précoces après chirurgie)
- Un retard à la reprise chirurgicale
- Une indication chirurgicale mal posée
- 2 erreurs en chirurgie orthopédique : une intervention sur la partie saine de la main au lieu de l'intervention prévue sur un kyste du doigt et une erreur de côté pour une intervention sur le genou.

Principaux motifs de condamnation des 5 spécialités médicales les plus condamnées

Médecins généralistes

- Des erreurs ou retards de diagnostic (par attentisme, par absence de recours à un avis spécialisé, par examen clinique inexistant ou trop sommaire)
- Une absence de prescription d'examens complémentaires
- Une prescription de médicaments contre-indiqués ou inadaptés
- 3 condamnations dans le contexte de la réalisation d'actes esthétiques (Cryo lipolyse, épilation laser, mésothérapie)
- Une condamnation pour avoir persisté à proposer des téléconsultations à un patient, alors que l'évolution de son état de santé aurait dû conduire à une consultation au cabinet pour procéder à un examen clinique complet.

NB : moins de condamnations pour manquements à la tenue du dossier médical qu'en 2024

Principaux motifs de condamnation des 5 spécialités médicales les plus condamnées

Anesthésistes Réanimateurs

- 1^{ère} source de condamnation en 2025, comme en 2024 : l'absence de prescription d'antibioprophylaxie ou d'antibiothérapie
- Dans 2 décisions, la responsabilité de l'anesthésiste a été retenue conjointement avec celle du chirurgien, étant considéré que chaque membre de l'équipe se devait de réagir :
 - Erreur de côté (opération du genou droit au lieu du genou gauche)
 - Surveillance d'une intervention sous CEC

Radiodiagnostic et Imagerie médicale

En majorité, des erreurs d'interprétation d'examens divers (radiographies, IRM, scanners), avec à la clé des erreurs de diagnostic et des retards préjudiciables de prise en charge

Gynécologues obstétriciens

En majorité, des complications de l'accouchement (souffrance fœtale non détectée ou traitée, forceps, absence de programmation d'une césarienne pourtant nécessaire) ou des erreurs de diagnostic

Principaux motifs de condamnation des autres professions les plus condamnées

Chirurgiens dentistes

- Défaut d'information
- Travaux prothétiques non-conformes
- Actes non justifiés
- Défaut de suivi et de prise en charge
- Soins non conformes et erreur de diagnostic

Infirmiers

1 condamnation d'un infirmier libéral : lors de soins à domicile en post-opératoire d'une intervention pour éventration, il a constaté qu'il manquait une mèche sur les deux supposées se trouver dans la cicatrice lors de la réfection du pansement. Il n'en a retiré qu'une, sans mettre en œuvre les moyens nécessaires pour retrouver l'autre. Une infection s'est déclarée, avec nécessité d'une réintervention, au cours de laquelle la mèche manquante a été retrouvée.

Sages femmes

3 condamnations pour :

- 1 défaut de surveillance du RCF lors d'un accouchement
- 2 poses de stérilets qui ont migré, dont l'un a perforé la paroi utérine

Décisions civiles : record du montant d'indemnisations en 2025

71 M€

de coût total d'indemnisations

(62 M€ en 2024 et 2023)

- **70 %** à la charge des médecins

+ 14 %

28 %

des décisions octroient des indemnisations

(28 % en 2024 - 21 % en 2023)

> à 100 K€

13

Indemnisations > 1 M €

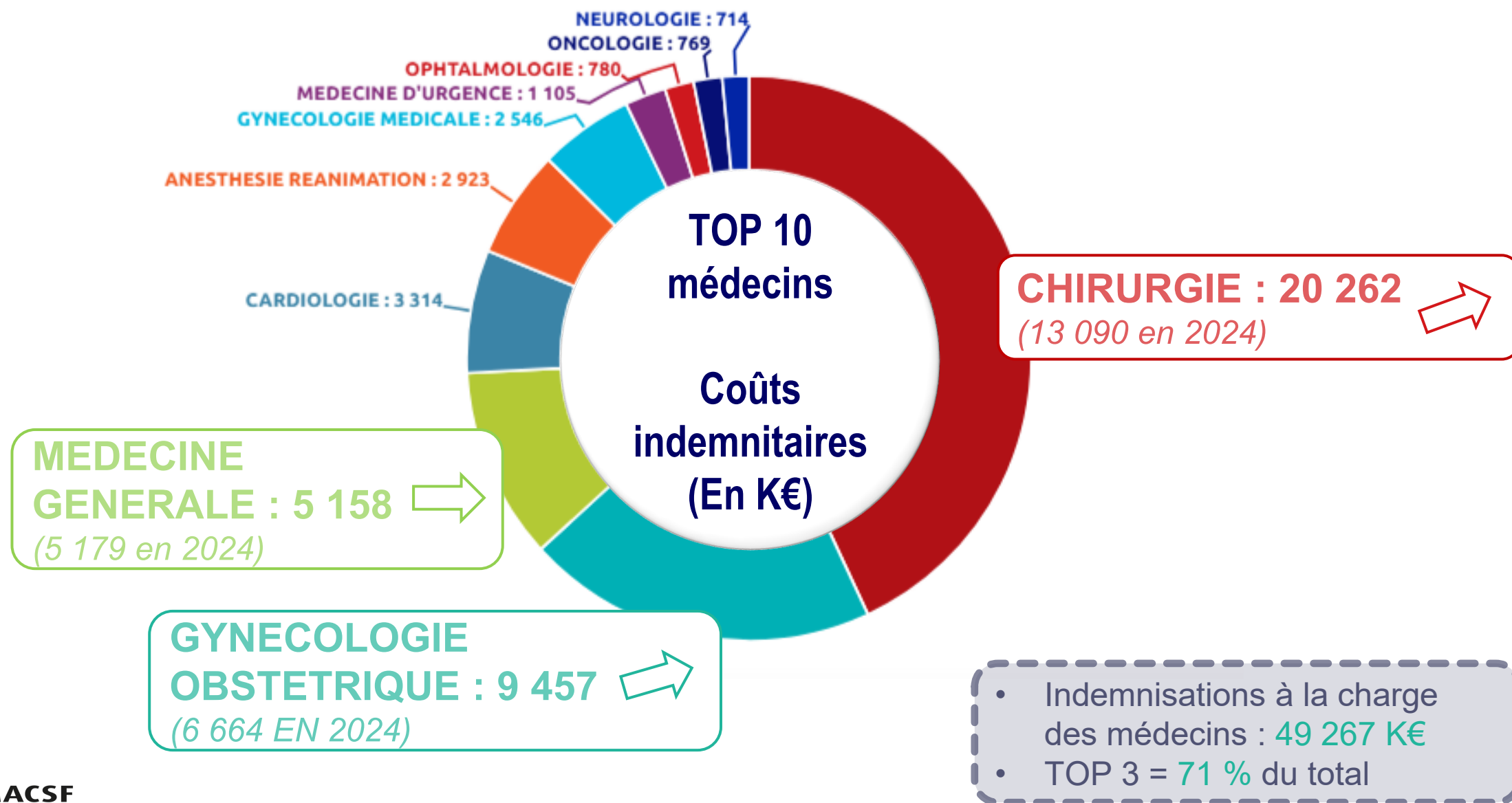
(10 en 2024 - 8 en 2023)



• Et sur 10 ans ?

- 22,5 M€ en 2016
- Seuils de 42 M€ franchi en 2017 et de 62 M€ en 2023
- Seuil des **70 M€** franchi pour la première fois en **2025**

Décisions civiles - Médecins



Décisions civiles – Chirurgie

CHIRURGIE MAXILLO FACIALE : 7
CHIRURGIE RECONSTRUCT. & ESTHET. : 189
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : 549
CHIRURGIE THORACIQUE & CARDIO-VASC. : 738

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE : 2 834**
(3 424 en 2024)

NEUROCHIRURGIE : 4 354
(1 457 en 2024)

CHIRURGIE GENERALE : 4 531
(948 en 2024)

**CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE : 7 060**
(3 274 en 2024)

**Coûts
indemnitaires
en chirurgie
(en K€)**

- Indemnisations totales à la charge des chirurgiens : 20 262 K€
- TOP 4 = 93 % des indemnisations à la charge des chirurgiens

Montant d'indemnisations record en 2025 : explications

Explication par les chiffres : des montants d'indemnisations par dossier plus élevés

- Alors que le nombre de décisions condamnant à des montants supérieurs à 100 000 € est stable, 13 dossiers ont dépassé 1 M€ en 2025, contre 10 en 2024
- Une décision a condamné une sage-femme à une somme équivalente à son plafond de garantie du contrat responsabilité civile professionnelle : plus de 6 M€

Explication juridique * : tendance à une personnalisation accrue des indemnisations, avec une prise en compte plus marquée des parcours individuels, y compris ceux qui sont atypiques, et une analyse « poste par poste » plus exhaustive

- Ces dernières années, les juges ont eu une conception extensive de l'évaluation des postes de préjudice des victimes d'accidents corporels
- La Cour de cassation réaffirme régulièrement le principe de réparation intégrale, sans perte ni profit, qui vise à indemniser le préjudice de la manière la plus complète possible. L'objectif : remettre la victime dans la situation dans laquelle elle se trouvait avant l'accident médical, avec ses perspectives d'évolution personnelle et professionnelle

Ce qui évolue :

- Les juges prennent de plus en plus en compte les préjudices liés à la vie sociale et familiale
- Les besoins futurs des victimes sont davantage anticipés de façon large, pour que la compensation soit la plus durable possible
- La nomenclature Dintilhac s'est progressivement enrichie de nouveaux postes autonomes (préjudice d'angoisse de mort imminente, préjudice d'attente et d'inquiétude, préjudice situationnel, reconnaissance de préjudices professionnels sans parcours établi, etc.)



**Un total de 20 M€ pour le TOP 3
des indemnisations**

Total des 3 plus fortes indemnisations : 20 M€

Retard de réalisation d'une césarienne à l'origine de lésions cérébrales majeures

Lors de l'accouchement d'une parturiente dont le terme est dépassé de 6 jours, les **deux gynécologues obstétriciens** qui se succèdent à son chevet tardent à réaliser une césarienne, malgré des troubles du rythme cardio-foetal. Il se produit alors une ischémie cérébrale, dont l'enfant conserve de très lourdes séquelles (infirmité motrice cérébrale avec dépendance totale pour tous les actes de la vie courante).

La responsabilité des **2 gynécologues obstétriciens** est retenue à hauteur de 50% chacun, par décision rendue en 2005. Vingt ans plus tard, cette décision tranche sur les préjudices définitifs de la victime.

NB : le montant de l'indemnisation prononcée ne représente que le solde après déduction des multiples provisions versées depuis vingt ans. De plus, le poste « frais de logement » reste encore en suspens.

Montant de l'indemnisation

8,97 M€

Total des 3 plus fortes indemnisations : 20 M€

Absence de surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant plusieurs heures

Lors de l'accouchement d'une parturiente dans une clinique privée, la **sage-femme** salariée cesse toute surveillance du rythme cardiaque du fœtus pendant quatre heures. La souffrance fœtale passe donc inaperçue, et l'enfant naît en état de mort apparente. Il reste atteint de séquelles importantes, à type d'infirmité motrice cérébrale.

Cette affaire ancienne a donné lieu à une procédure très longue, qui n'est à ce jour pas terminée, et qui a mis en évidence le comportement fautif de la **sage-femme**, à l'origine d'une perte de chance de 80% d'éviter le dommage. C'est dans ce cadre qu'a été rendue la décision de la Cour de cassation, le 9 novembre 2004, posant le principe de l'immunité au civil du professionnel de santé salarié qui a agi dans le cadre des missions qui lui ont été confiées par son employeur.

Dans l'arrêt rendu en 2025, la Cour d'appel accueille le recours exercé par l'assureur de la clinique employeur à l'encontre de la MACSF, assureur de la sage-femme, dans la limite de son plafond contractuel de garantie de 6 097 960 €. En effet, l'immunité civile du salarié n'emporte pas son irresponsabilité et ne fait pas obstacle à un recours exercé par l'assureur de l'employeur contre l'assureur du salarié, pour la faute commise par ce dernier.

Montant de l'indemnisation
(correspondant au plafond de garantie MACSF)

6,1 M€

Total des 3 plus fortes indemnisations : 20 M€

Prise en charge inadaptée d'une crise d'éclampsie pendant l'accouchement

Une parturiente présente une crise d'éclampsie au cours de l'accouchement. Victime d'une hémorragie de la délivrance, elle décède le lendemain. Son enfant reste atteint d'un grave handicap moteur et intellectuel.

La responsabilité a été tranchée définitivement en 2014. La responsabilité du **gynécologue obstétricien** a été retenue à hauteur de 70% pour avoir négligé les signes, pourtant caricaturaux, de prééclampsie. En réalisant une césarienne, il aurait limité le risque de crise d'éclampsie en cours d'accouchement. La responsabilité de la sage-femme est également engagée pour ne pas avoir contrôlé la tension de la parturiente et réalisé une analyse d'urines. La **clinique** a, elle, été condamnée en qualité d'employeur de la sage-femme, à hauteur de 30% du préjudice.

La décision rendue en 2025 liquide le préjudice corporel de la victime.

Montant de l'indemnisation

4,8 M€



**Des décisions pénales
peu nombreuses mais sévères**

Décisions pénales : en constante diminution depuis 10 ans mais toujours sévères

- **8** décisions **pénales** rendues
(10 en 2024 - 11 en 2023)
- **15** professionnels de santé poursuivis au pénal
(14 en 2024 - 20 en 2023)
- **50 %** de décisions de condamnation (4 relaxes / 4 condamnations)
(40 % en 2024 - 36 % en 2023)
- Dans **50 %**, les professionnels de santé étaient poursuivis du chef d'homicide involontaire, le patient étant décédé des suites de la prise en charge

Et sur 10 ans ?

Le nombre de procédures pénales est en constante diminution (20 en 2015). Depuis plusieurs années, les condamnations aboutissent majoritairement à des peines d'emprisonnement avec sursis.

Décisions pénales : 9 spécialités concernées

Spécialités	Nombre de professionnels poursuivis
Anesthésiste	2
Établissement de soins (public ou privé)	2
Gynécologue-obstétricien	3
Infirmier	1
Interne	1
Médecin généraliste (dont 1 en tant que régulateur du SAMU)	2
Néphrologue	1
Pédiatre	1
Urgentiste	2
TOTAL	15

Décisions pénales : peu nombreuses mais sévères

Peines prononcées à l'encontre des professionnels de santé*

Emprisonnement avec sursis

5

Amende

2

**Un professionnel peut cumuler plusieurs sanctions pénales pour une même affaire*

Les 4 décisions de condamnation au pénal

Blessures involontaires

Prise en charge d'une grossesse molaire non conforme aux recommandations

Une patiente présentant une grossesse molaire, puis une récurrence, se voit proposer par son **gynécologue obstétricien** un traitement consistant en des injections multiples de méthotrexate, suivies d'un curetage, dont le résultat n'est pas analysé. Il s'avère qu'il s'agissait d'une tumeur trophoblastique, avec évolution métastatique pulmonaire. Ces complications débouchent sur une insuffisance respiratoire engageant le pronostic vital.

⇒ Il est reproché au **gynécologue obstétricien** une prise en charge médicale incohérente : il a totalement ignoré les recommandations publiées avant les faits par l'Institut national du cancer et la Haute autorité de santé, que ce soit pour la prise en charge proprement dite (il n'y est pas question d'injections de méthotrexate) ou pour l'annonce du diagnostic ou encore l'information de la patiente.

Il n'a pas non plus fait une déclaration de la grossesse molaire, pourtant obligatoire, au centre de référence.

Condamnation du gynécologue obstétricien à 6 mois d'emprisonnement avec sursis

Les 4 décisions de condamnation au pénal

Homicide involontaire

Absence de diagnostic et de prise en charge adaptée d'un choc septique à point de départ abdominal

Une jeune patiente est admise en clinique pour perte de connaissance et fièvre à 41°C, à la suite d'un syndrome diarrhéique évoluant depuis 4 jours. Les examens mettant en évidence un sepsis à point de départ digestif, l'**urgentiste** oriente la patiente en médecine générale, après pose d'une voie veineuse centrale.

La **néphrologue** de garde la prend en charge et retient un diagnostic de gastro-entérite. Informée dans la nuit des mauvais résultats du bilan biologique (insuffisance rénale, hyperleucocytose, trouble ionique, insuffisance hépatique) puis de la survenue de vomissements importants, la néphrologue prescrit du chlorure de potassium et du Pimpéran, depuis son domicile où elle est d'astreinte, sans demander d'examen clinique à un confrère présent sur site.

Une échographie abdominale réalisée le lendemain matin montre un épanchement intra péritonéal. Malgré un transfert en réanimation dans un autre établissement, la patiente est décédée par choc septique provoqué par une infection abdominale à streptocoque A.

⇒ Il est reproché à l'**urgentiste** d'avoir sous-estimé l'état initial et de n'avoir réalisé aucune synthèse clinique et diagnostique : il s'est borné à demander des avis spécialisés sans prescrire d'examens contributifs (bilan biologique, examen bactériologique, imagerie abdominale).

⇒ Il est reproché à la **néphrologue** d'avoir sous-estimé la situation à l'arrivée en service de médecine, de ne pas avoir repris l'ensemble du dossier lors de cette admission, de ne pas avoir tenu compte du bilan biologique dans toutes ses composantes et de ne pas s'être déplacée malgré deux appels l'informant d'éléments cliniques et biologiques inquiétants.

Condamnation de l'urgentiste et de la néphrologue à un an d'emprisonnement avec sursis

Relaxe de l'anesthésiste

Les 4 décisions de condamnation au pénal

Homicide involontaire

Prise en charge inadaptée et tardive d'une femme âgée victime d'un accident de la voie publique

Une femme de 84 ans, heurtée par un camion de pompiers sur un passage piéton, est examinée dans une clinique privée par un **urgentiste**. Après réalisation d'une radio du membre inférieur (montrant une fracture du genou) et du rachis sans anomalie, il renvoie la patiente à domicile avec une immobilisation.

Son état s'aggrave (confusion, troubles visuels, vomissements) et elle est transférée au **centre hospitalier** pour un scanner du fait d'une suspicion d'hémorragie cérébrale. Après 7h30 d'attente, elle est finalement prise en charge, mais elle tombe alors dans le coma. Elle décède quelques jours plus tard des suites d'un hématome sous-dural.

⇒ Il est reproché à l'**urgentiste** de la clinique de ne pas avoir fait réaliser un scanner cérébral, conformément aux recommandations de la Société française de médecine d'urgence. Il est reproché au **centre hospitalier** un défaut d'organisation lié au délai, anormalement long, de prise en charge de la patiente, alors même que l'activité ce soir-là n'était pas anormale.

Relaxe de la clinique

**Condamnation du centre hospitalier à une amende de 15 000 €
et à l'affichage public de la décision**

Condamnation de l'urgentiste à une amende de 5 000 €, dont 4 000 € avec sursis

Les 4 décisions de condamnation au pénal

Non-assistance à personne en danger Absence de prise en charge d'une dissection aortique chez une femme enceinte à terme

Une femme enceinte, à terme, est admise en maternité de niveau I après intervention du SAMU à son domicile pour douleurs thoraciques atypiques. Le **gynécologue obstétricien d'astreinte à domicile**, qui est aussi son gynécologue personnel, est prévenu de son admission, mais ne se déplace pas. La patiente n'est vue par aucun médecin pendant 4 heures, alors pourtant qu'**un autre gynécologue**, prévenu de son admission, est présent sur site. Seule l'anesthésiste va intervenir, de façon inadaptée, ce qui fera l'objet de poursuites pour homicide involontaire. La patiente décède des suites d'une dissection de l'aorte ascendante et descendante.

⇒ Il est reproché aux **2 gynécologues obstétriciens** de ne pas avoir examiné la patiente ni s'être assurés qu'elle était prise en charge pour ces douleurs qui constituaient indéniablement une urgence, a fortiori pour une femme enceinte à terme.

L'anesthésiste est relaxée du chef de non-assistance à personne en péril, dans la mesure où elle a pris des initiatives pour la prise en charge de la patiente.

Condamnation des 2 gynécologues obstétriciens à 10 mois d'emprisonnement avec sursis

Les 4 décisions de condamnation au pénal

À noter à propos de cette affaire

Les prévenus ont bénéficié en 2021 d'une ordonnance de non-lieu du chef d'homicide involontaire (pour la mère) et blessures involontaires (pour l'enfant).

Un appel (en cours) a été formé par les parents contre cette ordonnance. La famille a sollicité un supplément d'information pour non-assistance, qui a conduit à une mise en examen. C'est dans ce contexte que le jugement commenté est intervenu.



**Légère baisse des avis des CCI mais
qui restent supérieurs aux décisions
de justice**

Recours aux CCI : toujours préférés aux procédures civiles par les patients mais ne progressent plus

837

saisines de CCI
(752 en 2024 - 828 en 2023)

+ 11 %

395

avis rendus par les CCI après expertise
(406 en 2024 - 424 en 2023)

- 3 %

1 154

professionnels de santé **poursuivis**
(1 240 en 2024 - 1 228 en 2023)

- 7 %

- Les avis rendus par les CCI sont majoritaires et représentent **57 %** de l'ensemble des avis CCI et des décisions de justice civiles
- Cette évolution confirme que les CCI ont atteint un niveau d'activité stable, sans s'être substituées aux procédures civiles dans les proportions attendues lors de leur création par la loi Kouchner

Teneur des avis CCI rendus : un taux d'avis fautifs stable sur 10 ans

39 %

des avis retiennent une **faute** d'au moins un mis en cause
(exclusive pour 27 % + cumulée avec d'autres motifs)
(45 % en 2024 - 43 % en 2023)

20 %

de professionnels de santé mis en cause déclarés **fautifs**
(21 % en 2024 et 2023)

20 %

d'avis retiennent un **aléa**, indemnisable par la solidarité nationale
(16 % en 2024 - 21 % en 2023)

12 %

d'avis retiennent une **infection nosocomiale**
(14 % en 2024 – 12 % en 2023)

Les actions de soutien de la MACSF au monde de la santé

Mener des actions d'information et de formation

- Sensibilisation à la responsabilité médicale (cadre légal, illustrations concrètes, conseils d'experts) sur macsf.fr
- Formations professionnelles en établissements et auprès des étudiants : développement des compétences et aide à l'identification des situations à risque dans la prise en charge des patients

Webinaires sur l'installation libérale

Programmes de Communication Non Violente (CNV) auprès des internes

Agir sur les parcours de santé

Soutien de Médecins Solidaires, un collectif de généralistes qui propose aux médecins de venir exercer une semaine dans un centre de santé situé dans un désert médical

Investissement dans DocCity, qui propose aux praticiens des espaces santé clés en main pensés par et pour des médecins

Soutenir l'innovation médicale

Soutien de technologies capables d'améliorer durablement les pratiques médicales

3 exemples de startup soutenues :

- Synapse Medicine : développe des solutions d'aide à la décision clinique basées sur l'IA
- Lifen : aide les professionnels de santé à mieux partager et utiliser les données médicales, grâce à des outils basés sur l'IA
- Resilience Care : développe des solutions numériques de télésurveillance et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques

Les actions de La Prévention Médicale :

anticiper les risques pour mieux sécuriser les soins

- Association loi 1901 en 2004 dont le groupe MACSF est membre fondateur
- Mission : diffuser les bonnes pratiques, analyser les causes des accidents de soins et contribuer à promouvoir une véritable culture de sécurité auprès des professionnels de santé pour mieux sécuriser les soins

Sensibiliser et informer

Sensibilisation sur les événements indésirables connus sur un site internet dédié*:

- 5 webinaires / an
- Cas cliniques et retours d'expérience
- Dossiers du risque en santé (Prévention des risques au bloc, médicaments et sécurité des soins, les EIG, le travail en équipe...)
- Revue de presse internationale
 - Videos
- Newsletters mensuelles

Former

Actions de formations continues sur les risques liés aux soins (agrées DPC et certifiées Qualiopi) :

- Annonce du dommage associé aux soins
 - Gestion des EIG
 - Travail en équipe
 - Identitovigilance
 - Médiation médicale

Valoriser les initiatives

Récompense d'initiatives innovantes de professionnels de santé et gestionnaires de risque dans la prévention des risques et la sécurité des soins

Grand Prix 2026 ouvert jusqu'au 16 octobre



Conseil médical MACSF

Ensemble, prenons soin de demain

Conseil médical (MACSF – Le Sou Médical)

- ♦ **Véritable institution consacrée à l'analyse du risque médical**

- ♦ Etude de dossiers sinistres RCP de façon collégiale

- ♦ **Transformation et évolution du Conseil Médical en 2026**

- ♦ **Conseil Médical « *nouvelle formule* »**

- ♦ Partage de bonnes pratiques & recommandations médico-légales
- ♦ Préconisations organisationnelles & prévention des risques

- ♦ **Premiers travaux consacrés à l'imagerie médicale**

- ♦ **A venir :**

- ♦ Interruptions de tâches et risque médico-légal
- ♦ Facteurs humains en santé
- ♦ Santé des soignants et charge émotionnelle
- ♦ Les urgences
- ♦ Conciliation médicamenteuse en pratique quotidienne

En Pratiques : l'imagerie médicale

- ♦ Chiffres clés en imagerie médicale
- ♦ Données RCP MACSF
- ♦ Situations à risque médico-légal
- ♦ Éléments de prévention des risques
- ♦ Préconisations médico-légales



Innovation santé & prévention des risques

- ♦ Investissement MACSF en 2020/2021/2023
- ♦ 4,3% du capital / 3 M€
- ♦ Rachat par Radnet (USA) via sa filiale de santé numérique DeepHealth en mars 2026
- ♦ 230 M€ (Earn out de 15M€)
- ♦ 10,5 M€ avec bonus
- ♦ 3,5 fois l'investissement de départ
- ♦ Nombreuses communications et préconisations auprès de nos assurés radiologues, manipulateurs radio, urgentistes, etc : sécurisation des pratiques



Etude MACSF

Loi relative au droit à l'aide à mourir

Juillet 2026

Ensemble, prenons soin de demain

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

- Long processus parlementaire
- Décision du Conseil Constitutionnel du 14 août 2026 : 3 réserves d'interprétation
- Pas applicable en l'état

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Le principe de l'auto-administration de la substance létale

Art. L. 1111-12-1. - I. - Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, **afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer** par un médecin ou par un infirmier.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Les 5 conditions d'accès

Art. L. 1111-12-2. - Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit remplir toutes les conditions suivantes :

- 1° Etre âgée d'au moins dix-huit ans ;
- 2° Etre de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- 3° Etre atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
- 4° Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- 5° Etre apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Une procédure qui repose sur le médecin

Art. L. 1111-12-3. - I. - La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.

Art. L. 1111-12-4. - I. - Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article L. 1111-12-2.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Une procédure collégiale ?

II. - Pour vérifier que les conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2 sont remplies, le médecin met en place une procédure collégiale. Le médecin :

1° Réunit un collège pluriprofessionnel, auquel il participe, composé au moins :

a) D'un médecin ... qui n'intervient pas dans le traitement de la personne, qui est spécialiste de la pathologie de celle-ci et qui n'a pas de lien hiérarchique avec le médecin mentionné au premier alinéa du présent II. Il examine la personne, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant la réunion du collège pluriprofessionnel ;

b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne

2° Peut convier à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel d'autres professionnels de santé...

4° Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, d'un proche aidant ou, à défaut, d'un proche.

La décision sur la demande d'aide à mourir **est prise par le médecin** mentionné au I à l'issue de la procédure collégiale mentionnée au II.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

L'administration de la substance létale

Art. L. 1111-12-7. - I. - Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :

- 1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder ou, si elle n'est pas physiquement en mesure de le faire elle-même, faire procéder à l'administration ;
- 4° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne ou l'administre.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Les recours

Art. L. 1111-12-10. - La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 1111-12-8 ne peuvent être contestées **que par la personne ayant formé cette demande**, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun, y compris par la voie d'un référé-liberté.

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

La clause de conscience

Art. L. 1111-12-12. - I. - Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à VI et au premier alinéa du VIII de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de participer aux procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.

Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer de son refus la personne ou le professionnel le sollicitant et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures.

Les pharmaciens

Les établissements privés

Loi du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir

Suppression du délit d'entrave

L'aide à mourir constitue-t-elle un soin ?

Art. L. 1142-2. - Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1 ... exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins... sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative

Contexte, objectifs & méthodologie

♦ Objectifs et cible



Objectifs :

- ☐ Connaitre l'**avis des médecins et des infirmiers** sur le projet de loi relatif à la fin de vie et à l'aide à mourir
- ☐ Comprendre leurs **perceptions**, leurs **interrogations** et leur **positionnement** face à ce projet de loi.

Cible : 92K médecins et infirmiers âgés entre 30 et 60 ans

♦ Méthodologie, terrain & échantillon



Méthodologie : Enquête en ligne via le logiciel Sleepers

Terrain : du 8 au 16 juillet 2026

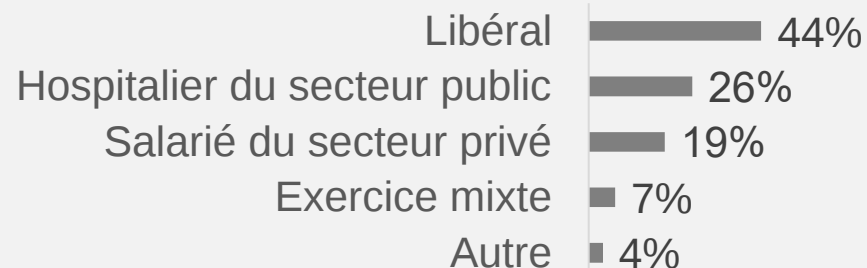
Echantillon : 1.775 répondants

Profil des répondants

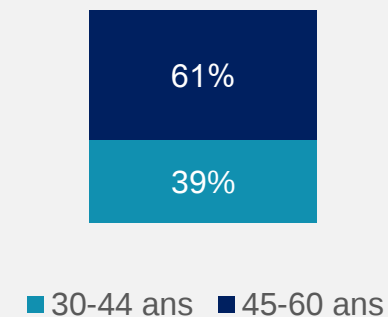
Profession



Mode d'exercice



Tranche d'âge

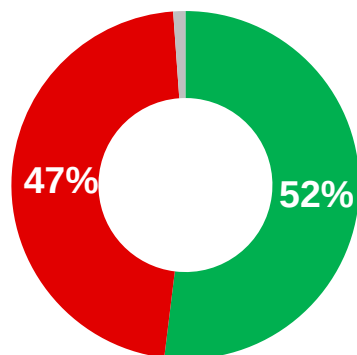




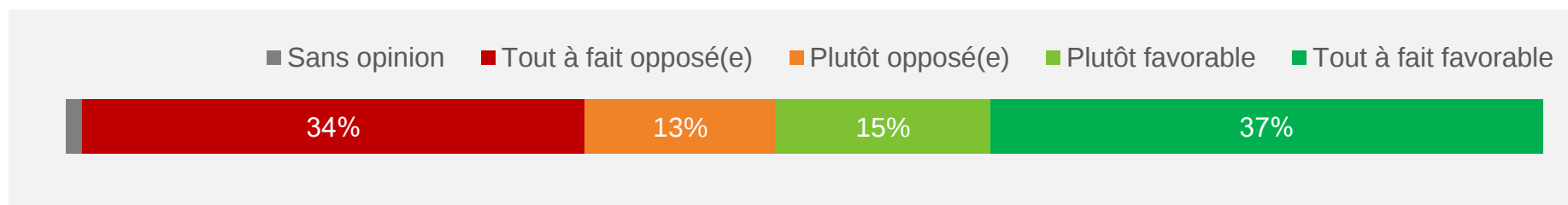
1

L'avis des médecins et des infirmiers sur le projet de loi relatif à la fin de vie et à l'aide à mourir

Ensemble



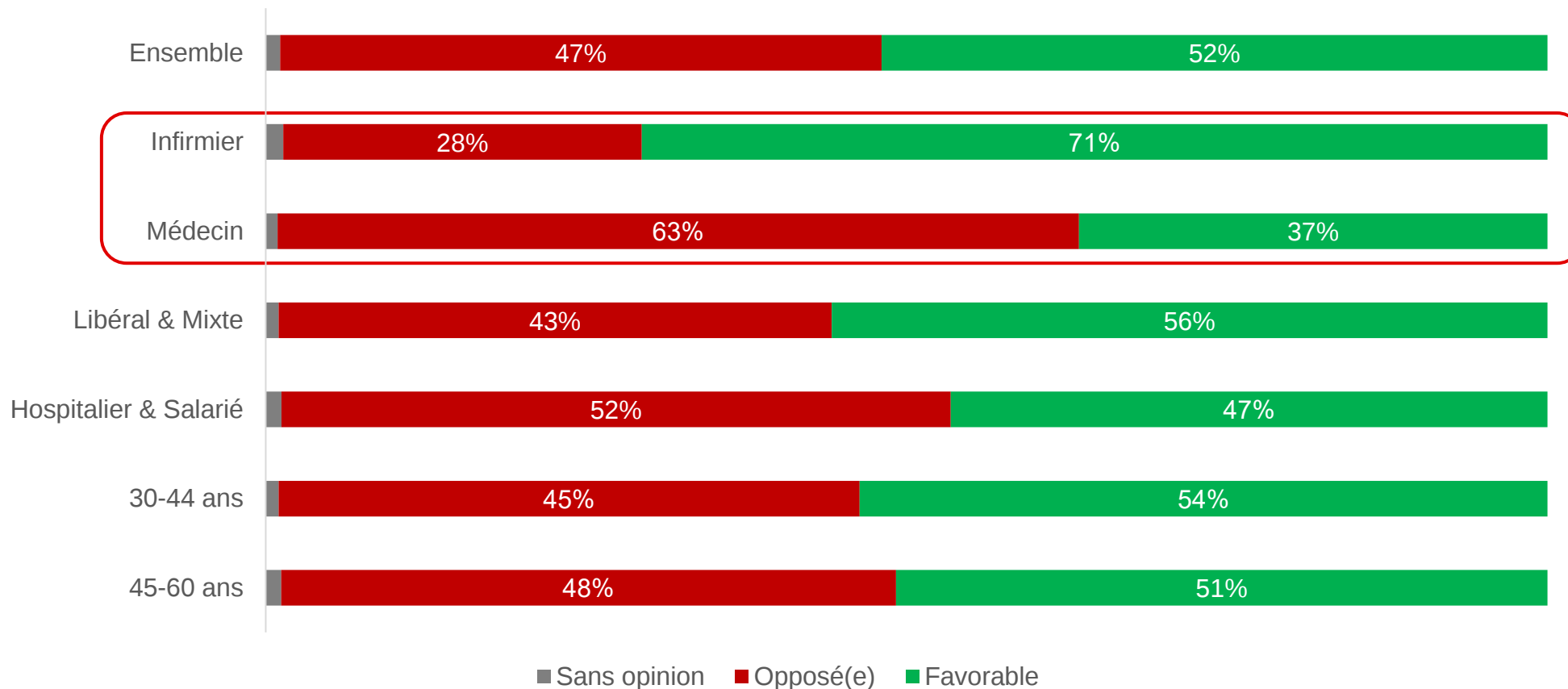
Les répondants sont **très partagés** quant au **projet de loi** sur la fin de vie et la possible instauration d'un droit à l'aide à mourir



Q. Globalement, êtes-vous favorable au projet de loi sur la fin de vie et la possible instauration d'un droit à l'aide à mourir ?

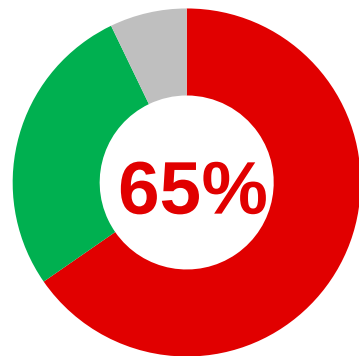
Les positions apparaissent partagées quels que soient l'âge ou le mode d'exercice, sans clivage générationnel ou organisationnel clairement marqué.

En revanche, la profession constitue le principal facteur de différenciation : les médecins se montrent globalement plus opposés au projet de loi, tandis que les infirmiers adoptent des positions plus favorables ou nuancées.

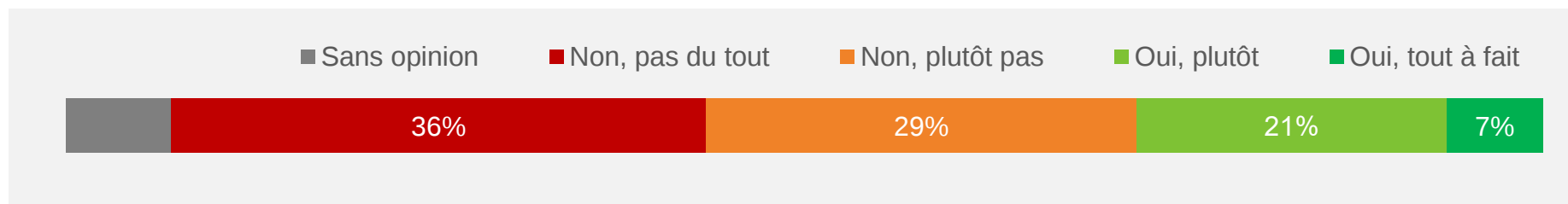


Q. Globalement, êtes-vous favorable au projet de loi sur la fin de vie et la possible instauration d'un droit à l'aide à mourir ?

Ensemble



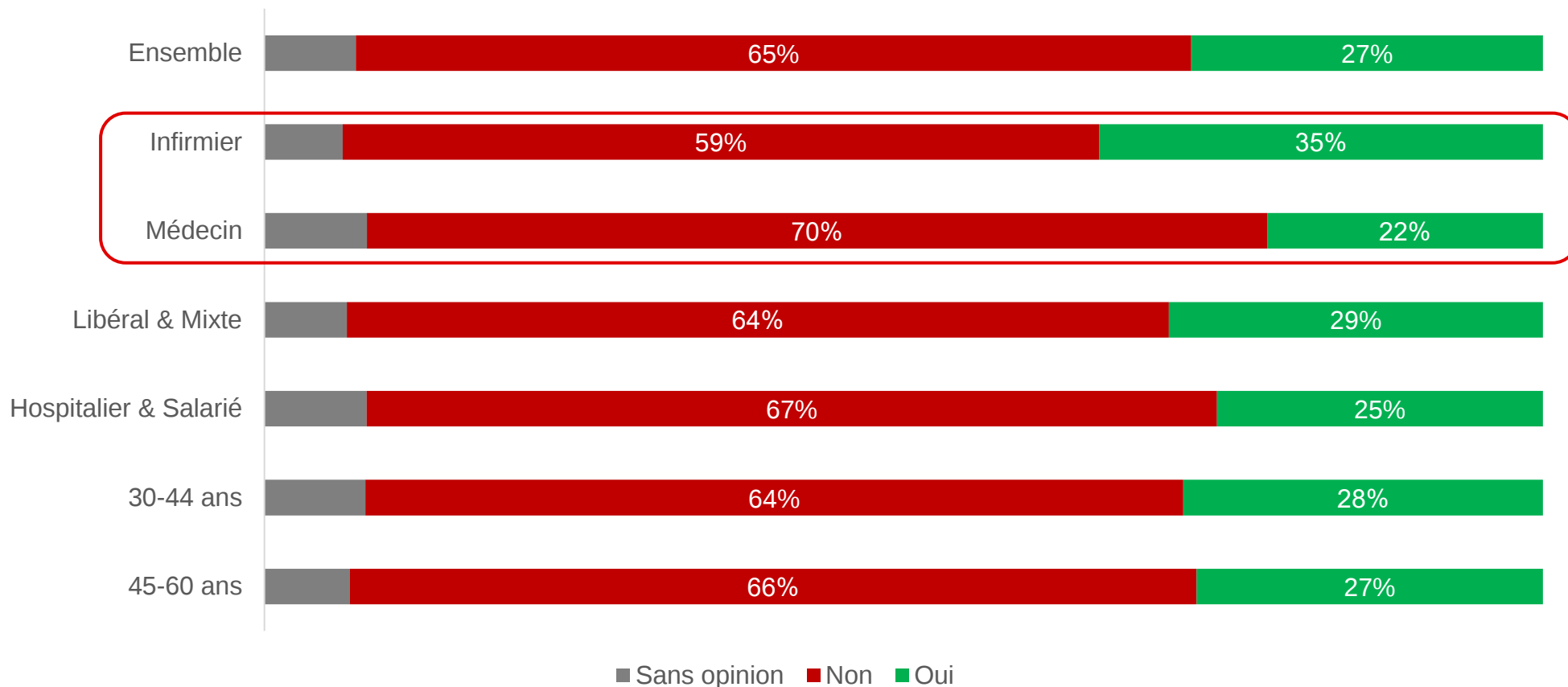
des répondants estiment que les conditions légales pour recourir à l'aide à mourir ne sont **pas suffisamment précises**



Q. Les conditions légales pour recourir à l'aide à mourir vous apparaissent-elles suffisamment précises ?

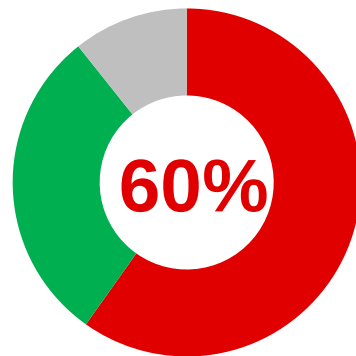
Les répondants les moins favorables au projet de loi sont également les plus nombreux à juger que les conditions de recours à l'aide à mourir manquent de précision.

Toutefois, ce constat dépasse les seuls opposants : même parmi les professionnels favorables au principe de l'aide à mourir, une part importante estime que les conditions légales pour recourir à l'aide à mourir méritent d'être davantage clarifiées.

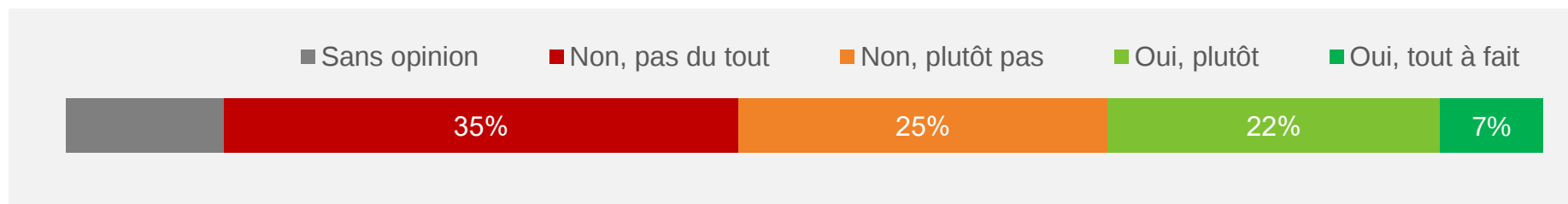


Q. Les conditions légales pour recourir à l'aide à mourir vous apparaissent-elles suffisamment précises ?

Ensemble



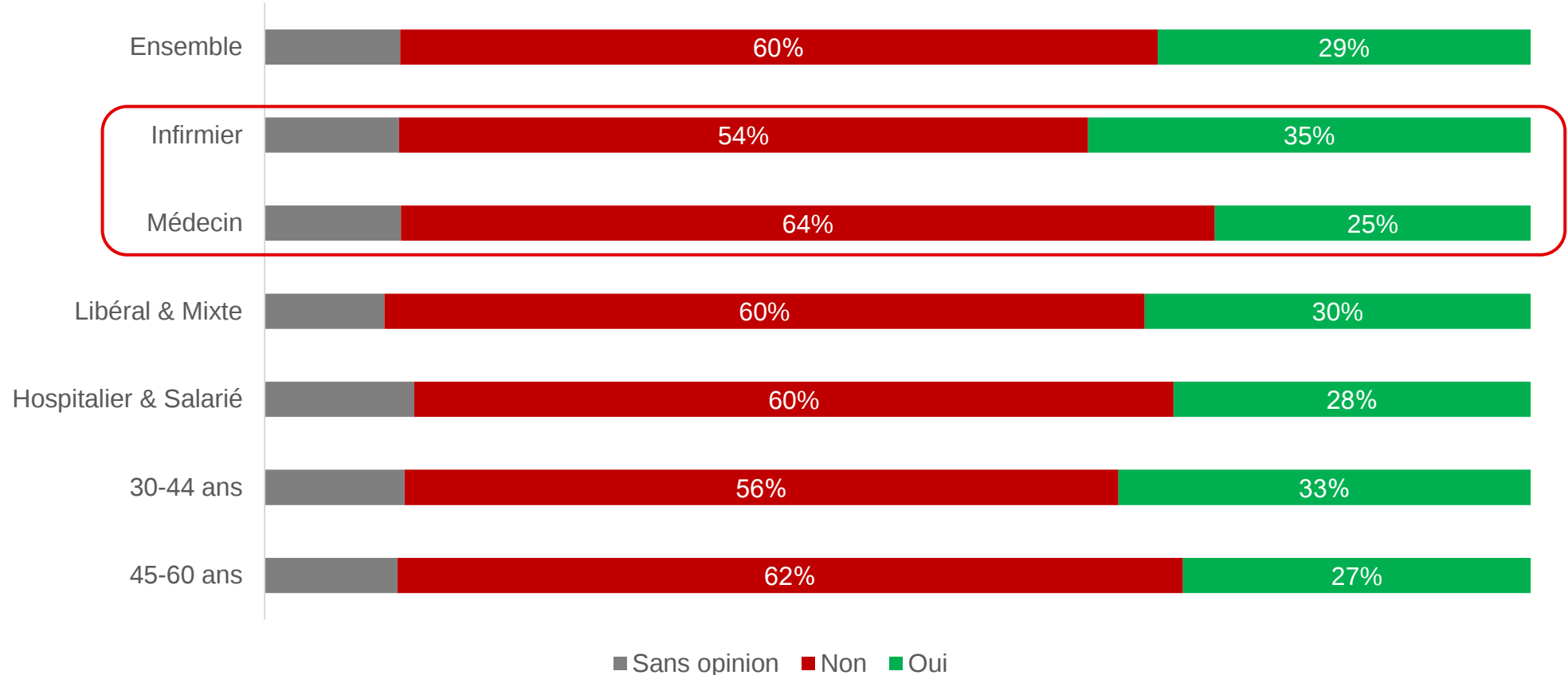
des répondants indiquent que la
procédure prévue dans la loi ne leur
paraît **pas suffisamment collégiale**



Q. La procédure prévue dans la loi (ou son projet) vous apparaît-elle suffisamment collégiale ?

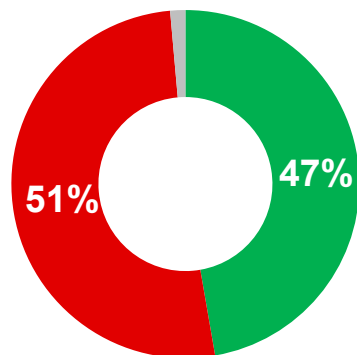
Les répondants les plus réservés vis-à-vis du projet de loi sont également les plus nombreux à juger que la procédure n'est pas suffisamment collégiale.

Toutefois, cette attente dépasse largement les seuls opposants : même parmi les professionnels favorables à l'aide à mourir, beaucoup souhaitent renforcer les mécanismes de décision collective.

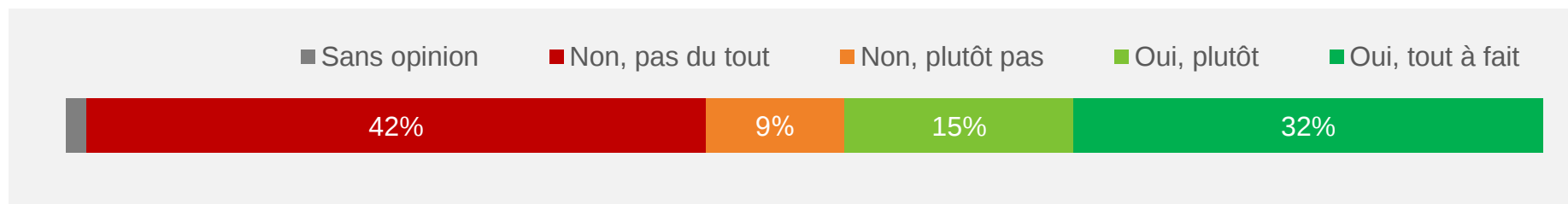


Q. La procédure prévue dans la loi (ou son projet) vous apparaît-elle suffisamment collégiale ?

Ensemble



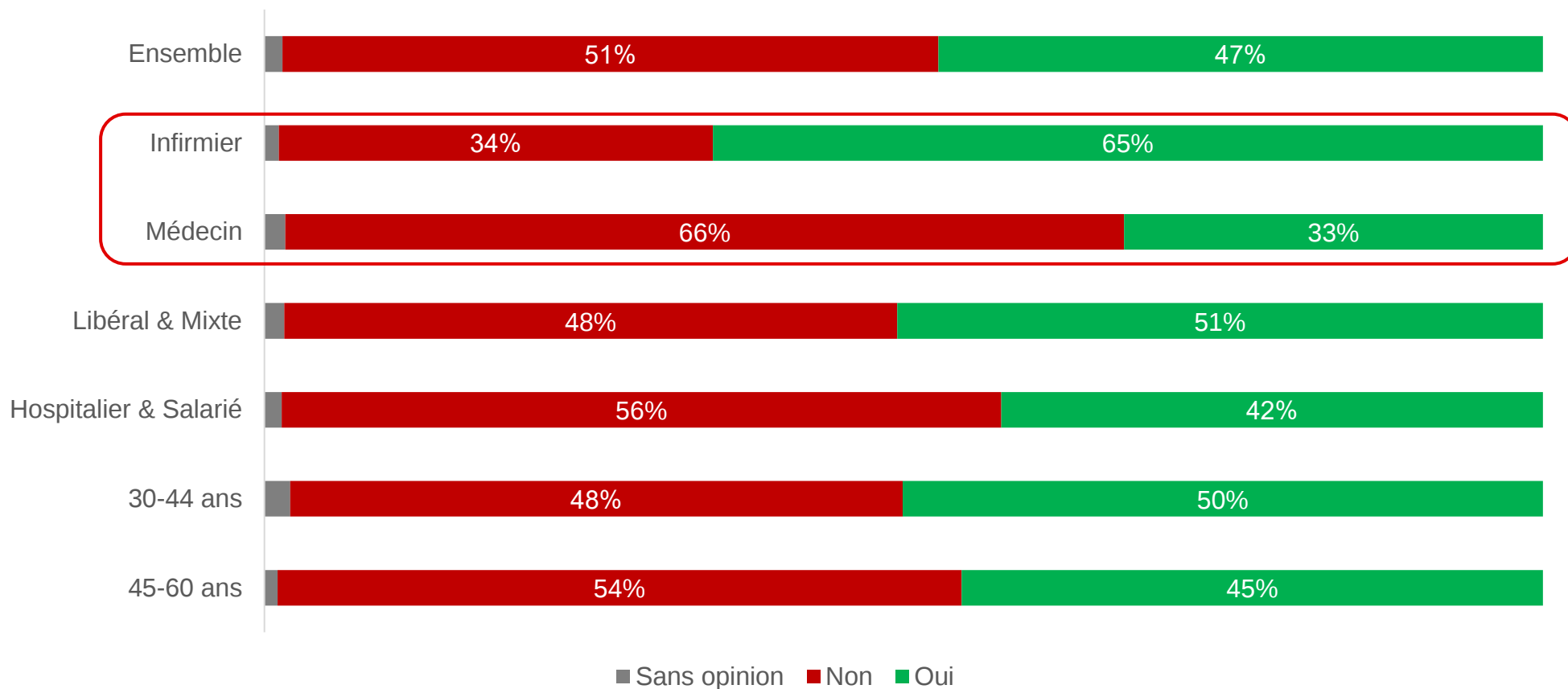
La qualification de l'aide à mourir comme un soin **fait débat** parmi les répondants.



Q. Pensez-vous que la participation à l'aide à mourir doit être considérée comme un soin ?

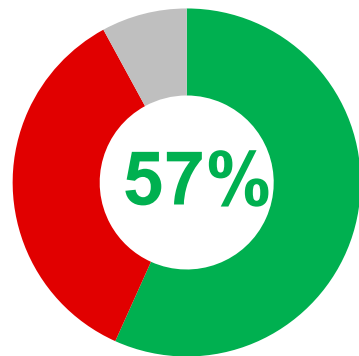
Les répondants les moins favorables au projet de loi sont également les plus nombreux à refuser que l'aide à mourir soit qualifiée de soin.

Toutefois, le débat ne se limite pas aux opposants : même parmi les professionnels favorables à la loi, certains expriment des réserves sur cette qualification, estimant que l'aide à mourir relève d'un cadre spécifique distinct du soin traditionnel.

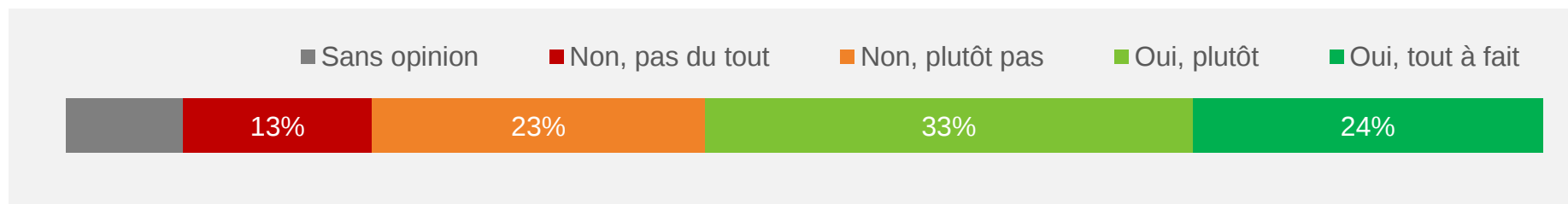


Q. Pensez-vous que la participation à l'aide à mourir doit être considérée comme un soin ?

Ensemble



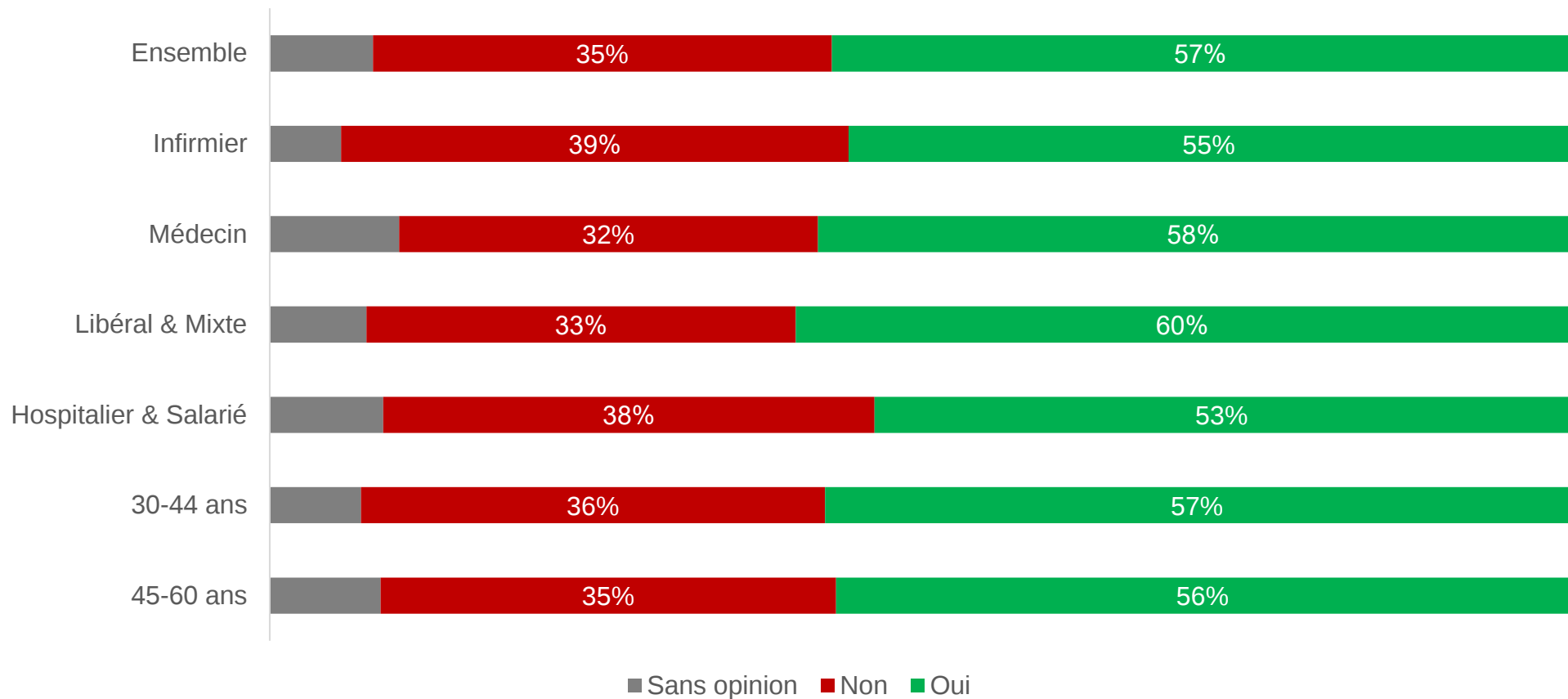
des répondants pensent que **l'avis de la famille du patient doit être recueilli**



Q. Pensez-vous que l'avis de la famille du patient doive être recueilli ?

Le recueil de l'avis de la famille bénéficie d'un soutien relativement large, quelque soit le profil du répondant, mais l'enjeu n'est pas tant de savoir si la famille doit être entendue que de définir la place qu'elle doit occuper dans la décision finale.

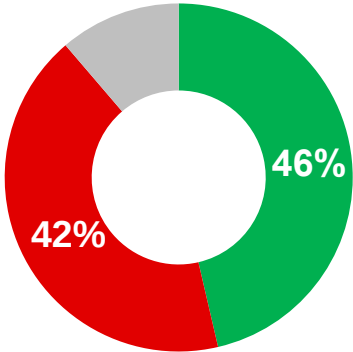
L'analyse des verbatim des répondants les plus réservés montre une crainte que l'intervention de la famille puisse créer des pressions ou interférer avec l'expression de la volonté du patient.



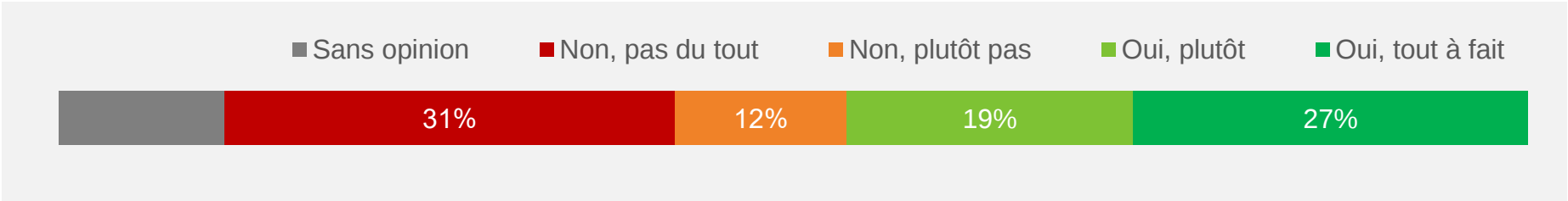
Q. Pensez-vous que l'avis de la famille du patient doive être recueilli ?



Ensemble



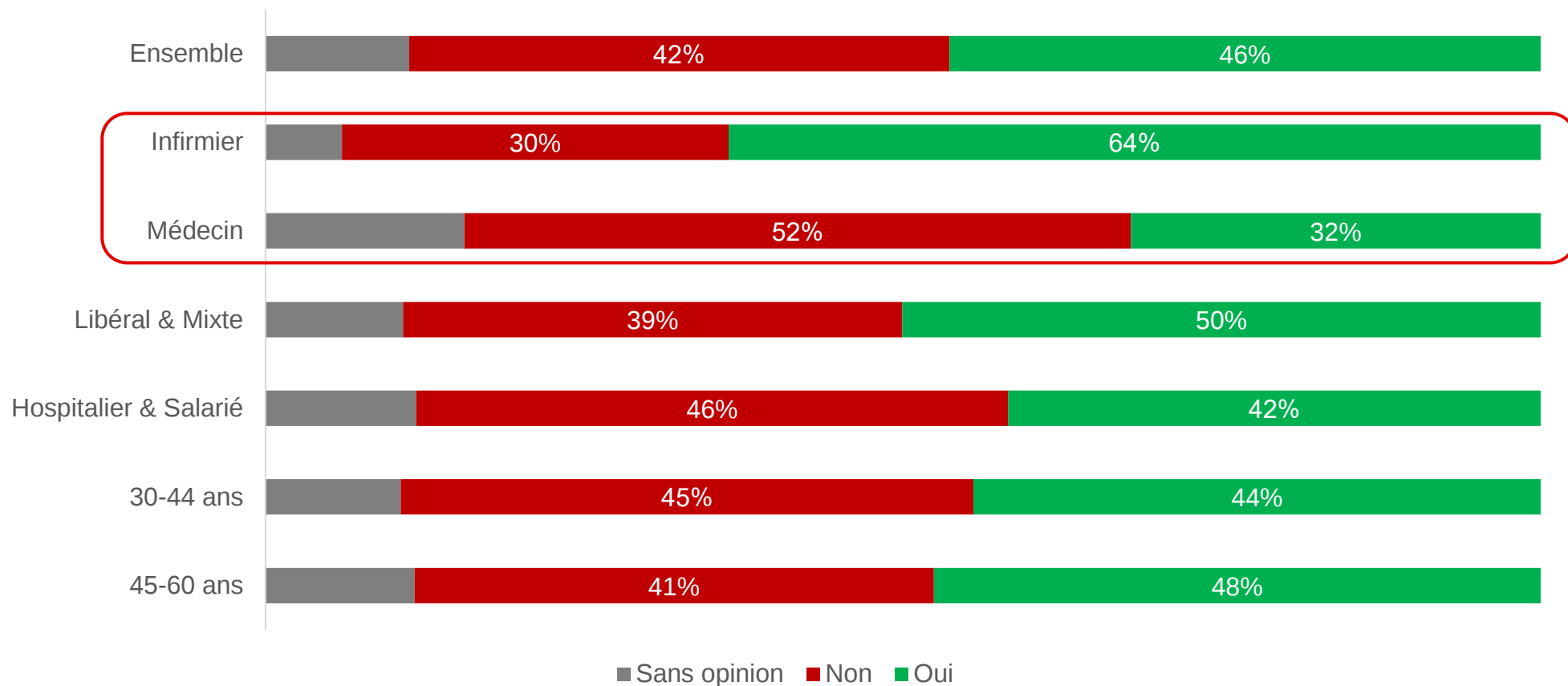
Les répondants sont **très partagés** quant au fait de **laisser le choix au patient entre l'auto-injection de la substance létale et l'injection par un médecin ou un infirmier**



Q. Etes-vous favorable au fait de laisser le choix au patient entre l'auto-injection de la substance létale et l'injection par un médecin ou un infirmier ?

Le libre choix du mode d'administration est davantage soutenu par les répondants favorables à la loi, mais le rôle actif du soignant demeure un point de tension.

Même parmi les partisans du dispositif, l'implication directe du médecin ou de l'infirmier dans l'administration de la substance ne fait pas consensus.



Q. Êtes-vous favorable au fait de laisser le choix au patient entre l'auto-injection de la substance létale et l'injection par un médecin ou un infirmier ?

A close-up photograph of a hand holding an elderly person's hand, symbolizing care and support. The image is partially obscured by a white curved shape that contains the number 2.

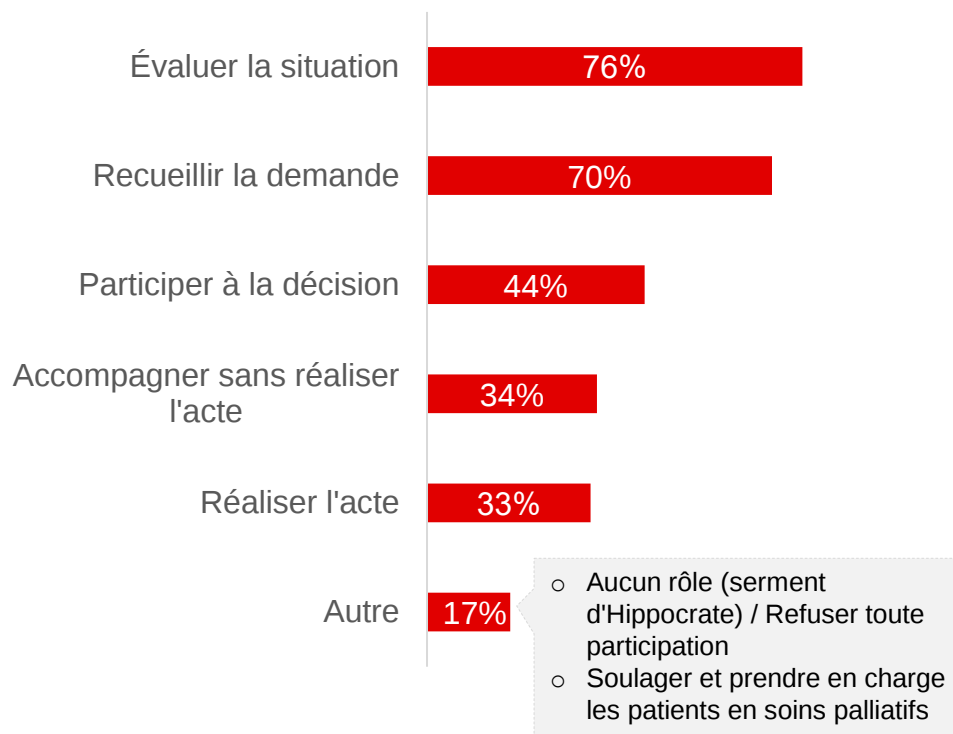
2

Le rôle que devraient avoir les médecins et infirmiers dans une démarche d'aide à mourir



Ensemble

- ♦ Les répondants attribuent avant tout aux professionnels de santé un rôle d'évaluation et de recueil de la demande, davantage qu'un rôle d'exécution de l'acte d'aide à mourir.
- ♦ Que cela soit pour les infirmiers ou pour les médecins, la réalisation de l'acte arrive systématiquement parmi les rôles les moins cités.
- ♦ Les réponses ouvertes vont dans le même sens : une partie des répondants considère que ni le médecin ni l'infirmier ne devraient participer à l'acte, invoquant notamment la déontologie ou le serment d'Hippocrate.



Q. Quel doit être, selon vous, le rôle du médecin dans une démarche d'aide à mourir ?

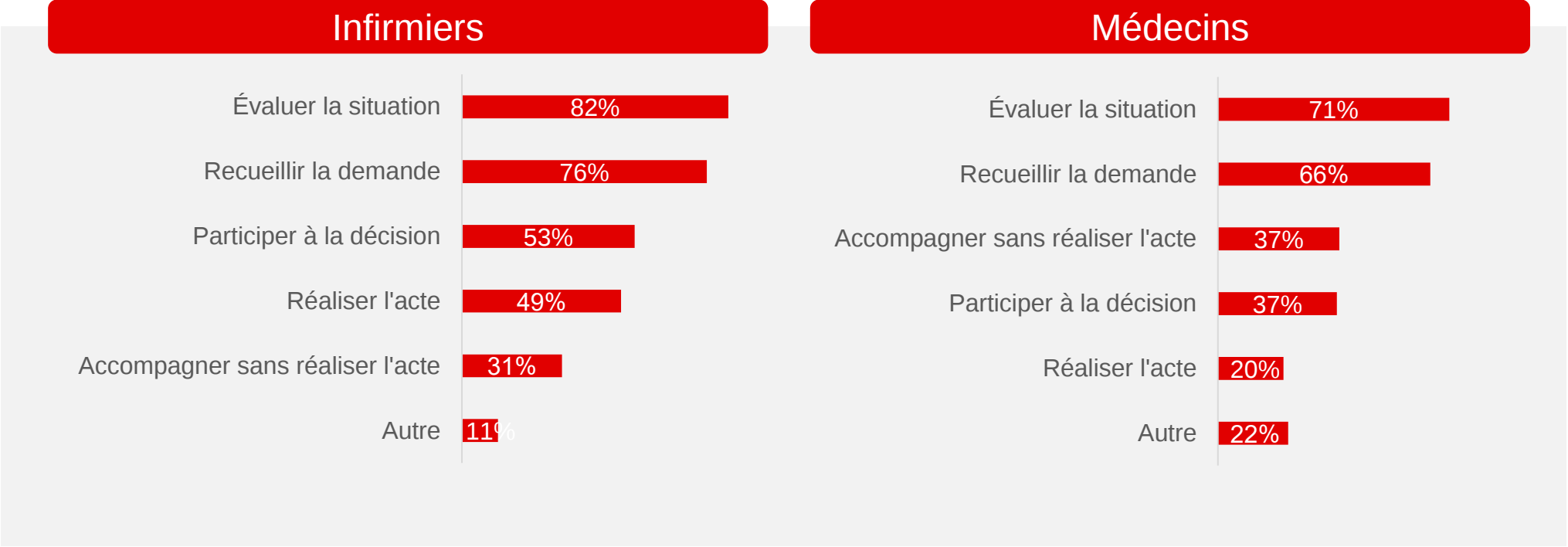


Q. Quel doit être, selon vous, le rôle de l'infirmier dans une démarche d'aide à mourir ?



Rôle médecins
vue / profession

- ♦ Si médecins et infirmiers s'accordent sur le rôle d'évaluation et de recueil de la demande, ils divergent fortement sur le degré d'implication du médecin dans la procédure.
- ♦ Les infirmiers attendent davantage du médecin qu'il participe à la décision et puisse réaliser l'acte, tandis que les médecins eux-mêmes défendent une conception plus prudente de leur rôle, avec une implication plus limitée.

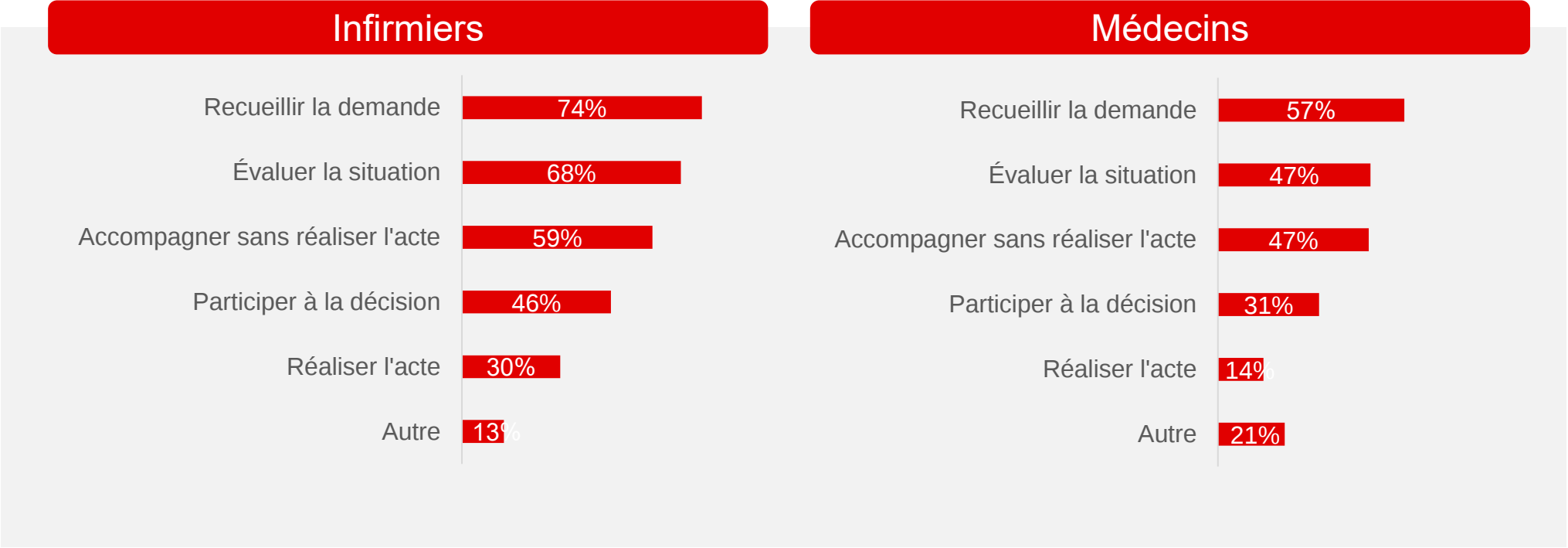


Q. Quel doit être, selon vous, le rôle du médecin dans une démarche d'aide à mourir ?



Rôle infirmiers
vue / profession

- ♦ Médecins et infirmiers s'accordent sur le rôle d'évaluation et de recueil de la demande et d'accompagnement de l'infirmier.
- ♦ Les infirmiers se montrent nettement plus favorables que les médecins à une implication active de leur profession dans la décision et, dans une moindre mesure, dans la réalisation de l'acte, tandis que les médecins définissent des rôles plus limités, tant pour eux-mêmes que pour les infirmiers.

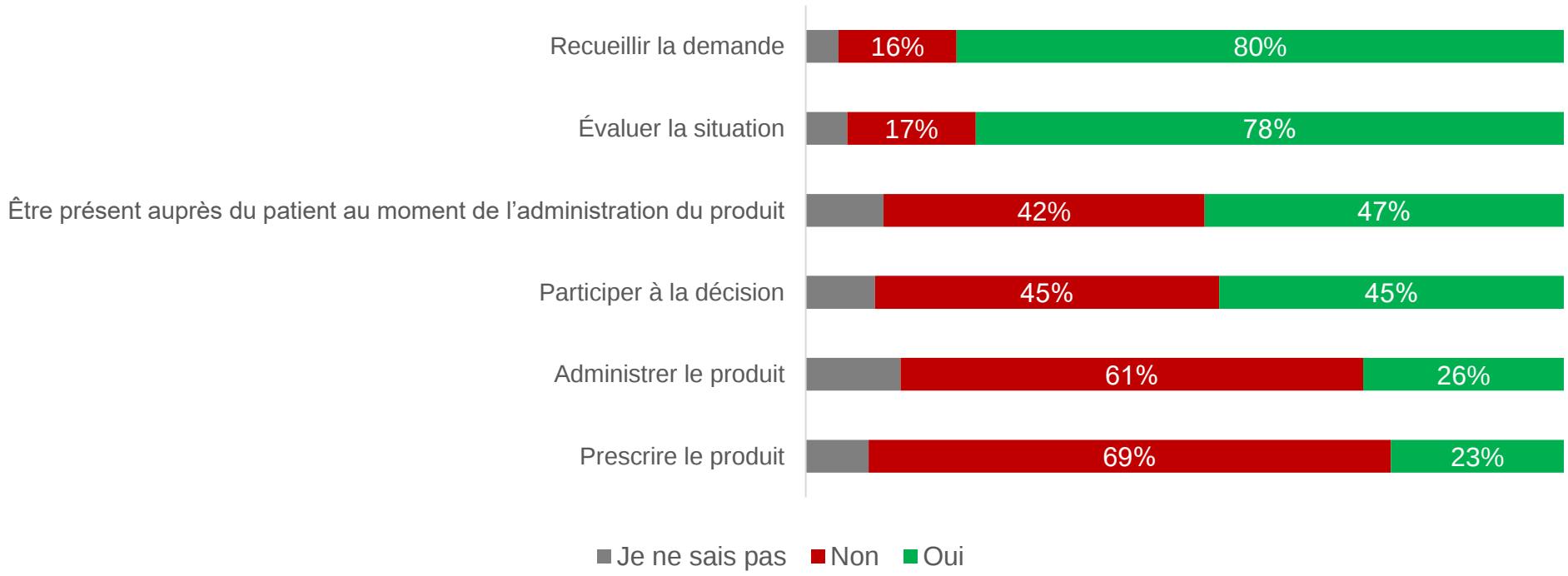


Q. Quel doit être, selon vous, le rôle de l'infirmier dans une démarche d'aide à mourir ?



Ensemble

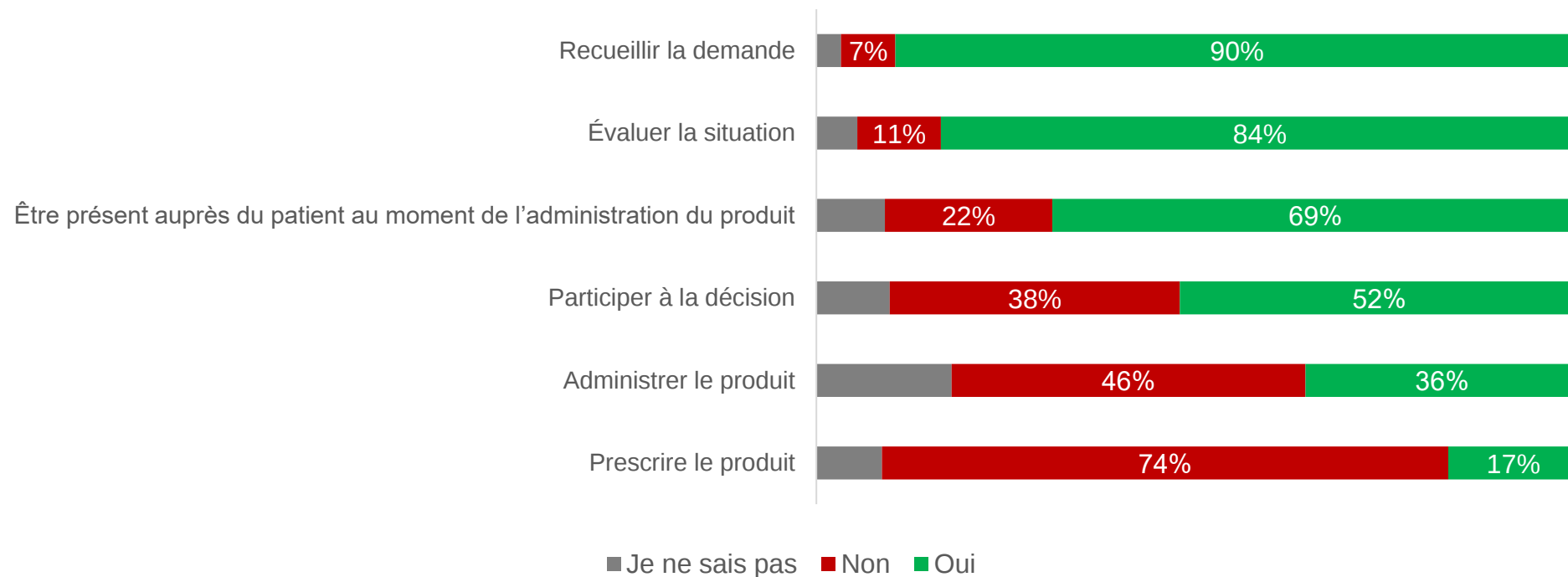
- ♦ Les résultats mettent en évidence une distinction très nette entre les actes relevant de l'écoute et de l'évaluation, largement acceptés par les professionnels, et ceux impliquant une participation directe à l'acte létal, qui suscitent beaucoup plus de réticences.
- ♦ La rupture la plus marquée apparaît dès lors qu'il est question de participer directement à l'acte létal. Seuls 26% des répondants accepteraient d'administrer le produit. La prescription du produit recueille le plus faible niveau d'adhésion : seulement 23% des professionnels se déclarent prêts à la réaliser.



Q. Dans le cas où cette loi serait adoptée, seriez-vous prêt(e), personnellement, à participer aux actions suivantes d'aide à mourir si demandé explicitement par le patient ou par sa famille (en cas d'impossibilité pour le patient de le faire) ?

Infirmiers

- ♦ Par rapport à l'ensemble des professionnels, les infirmiers apparaissent globalement plus engagés dans toutes les dimensions de l'accompagnement et davantage disposés à participer au processus décisionnel.
- ♦ Toutefois, comme pour l'ensemble des répondants, la réalisation de l'acte constitue une ligne de fracture importante, tandis que la prescription reste très largement rejetée.

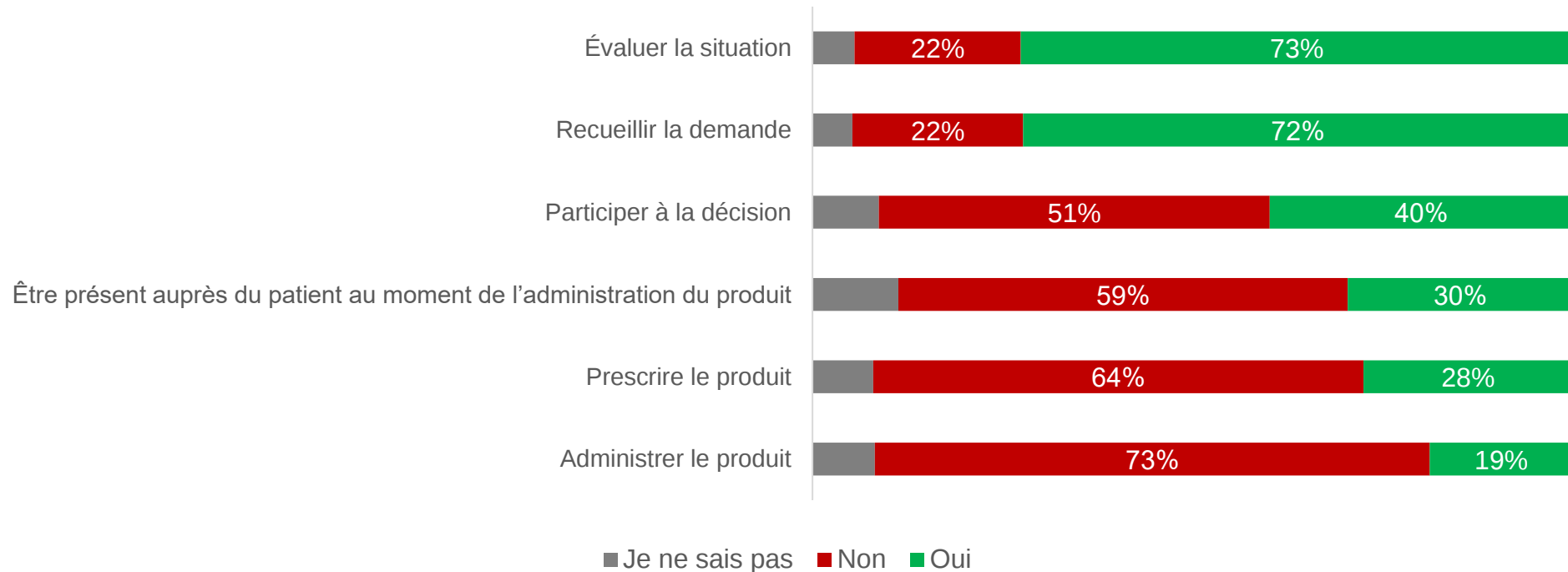


Q. Dans le cas où cette loi serait adoptée, seriez-vous prêt(e), personnellement, à participer aux actions suivantes d'aide à mourir si demandé explicitement par le patient ou par sa famille (en cas d'impossibilité pour le patient de le faire) ?



Médecins

- ♦ À l'inverse, les médecins se montrent sensiblement plus réticents sur toutes les dimensions impliquant une proximité avec l'acte.
- ♦ Ils acceptent majoritairement les missions d'évaluation et de recueil de la demande, mais leur adhésion diminue fortement dès lors qu'il s'agit de participer à la décision ou d'être impliqués directement dans la réalisation de l'aide à mourir.



Q. Dans le cas où cette loi serait adoptée, seriez-vous prêt(e), personnellement, à participer aux actions suivantes d'aide à mourir si demandé explicitement par le patient ou par sa famille (en cas d'impossibilité pour le patient de le faire) ?

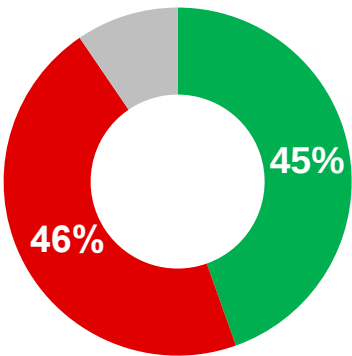


3

Loi Leonetti versus projet de loi relatif à la fin de vie et à l'aide à mourir



Ensemble



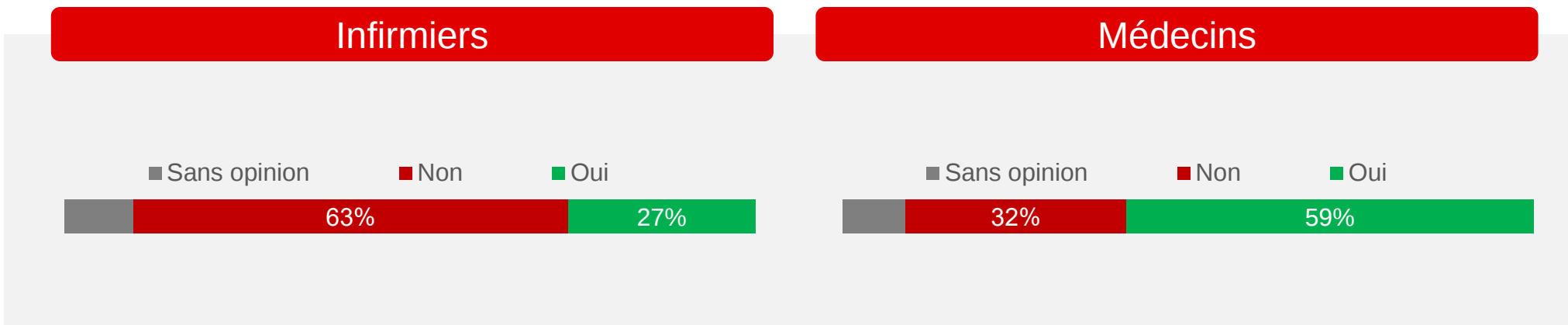
Les répondants sont **très partagés** sur le fait que la loi Leonetti pourrait être suffisante pour gérer la fin de vie

Q. Selon vous la loi Leonetti est-elle suffisante pour gérer la fin de vie ?



Loi Leonetti
vue / profession

- ♦ Les résultats révèlent une fracture très nette entre médecins et infirmiers sur l'appréciation de la loi Leonetti et, plus largement, sur la nécessité d'une évolution du cadre législatif en matière de fin de vie.
- ♦ Les médecins ont davantage tendance à considérer que les outils législatifs existent déjà mais sont insuffisamment appliqués, tandis que les infirmiers estiment plus souvent que certaines situations restent sans réponse satisfaisante dans le cadre actuel.
- ♦ Ce résultat fait écho à deux discours récurrents observés dans les réponses ouvertes :
 - chez les médecins : « Je pense que la loi Leonetti est suffisante et qu'il est souhaitable de privilégier les soins palliatifs et donner des moyens supplémentaires aux soignants. »
 - chez les infirmiers : « Il faut une loi car la loi Leonetti est insuffisante et inadaptée dans certains cas laissant les patients en grande souffrance psychologique et parfois physique »

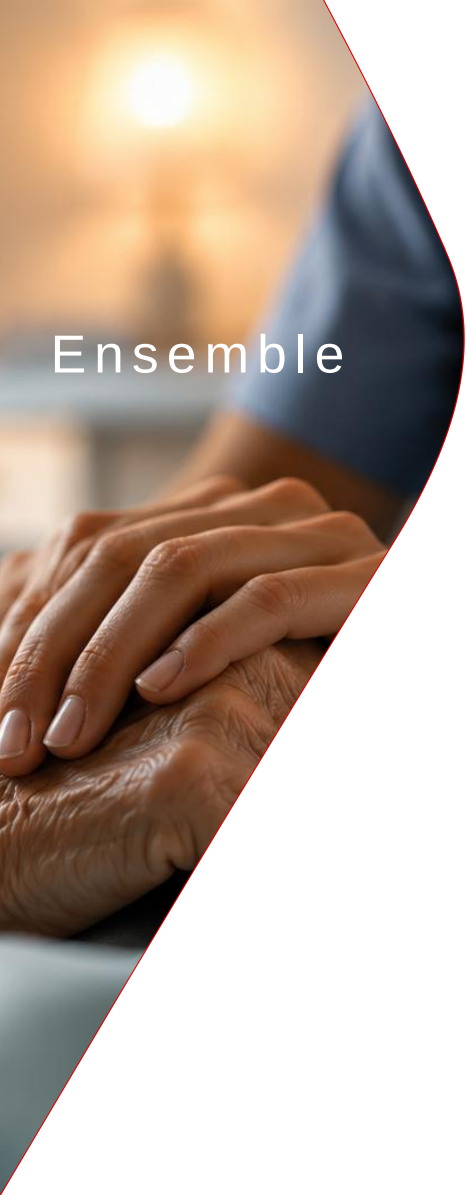


Q. Selon vous la loi Leonetti est-elle suffisante pour gérer la fin de vie ?



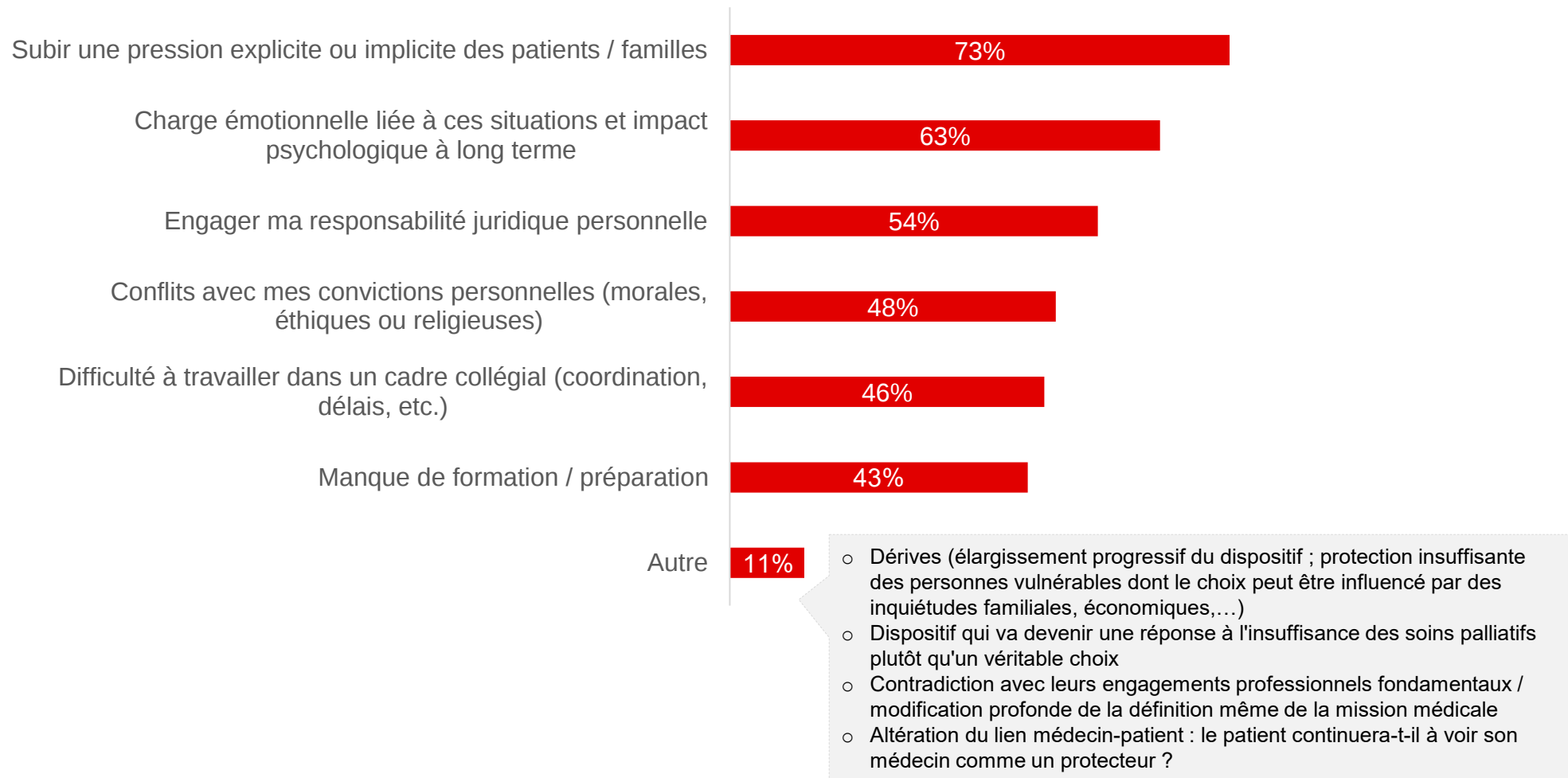
4

Préoccupations et verbatims



Ensemble

- ♦ Les inquiétudes des professionnels de santé sont avant tout humaines et éthiques : pression potentielle des patients / familles, charge émotionnelle pour les soignants, conséquences juridiques et éthiques.

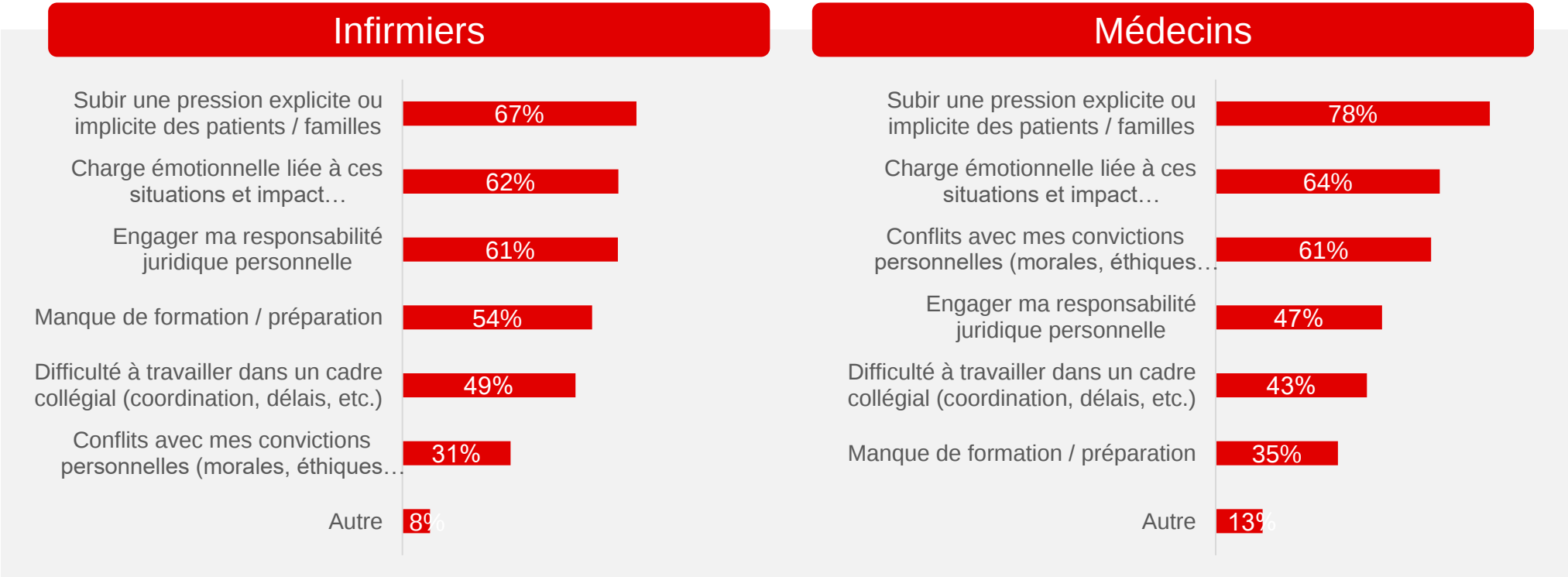


Q. Quelles sont vos principales préoccupations quant à cette loi et à ses éventuels impacts sur votre pratique professionnelle ?



Préoccupations
/ profession

- ♦ Les résultats montrent que médecins et infirmiers partagent plusieurs préoccupations majeures, mais avec des sensibilités différentes qui reflètent leur positionnement respectif dans la prise en charge de la fin de vie.
- ♦ Si médecins et infirmiers partagent la crainte de pressions éventuelles et d'une forte charge émotionnelle, les médecins expriment davantage des préoccupations éthiques et de conscience professionnelle, tandis que les infirmiers se montrent plus sensibles aux enjeux de responsabilité juridique, de formation et d'organisation.



Q. Quelles sont vos principales préoccupations quant à cette loi et à ses éventuels impacts sur votre pratique professionnelle ?



Ensemble



pensent que les médecins et infirmiers **doivent être juridiquement protégés** dans ce cadre



Infirmiers : 97%
Médecins : 93%

Q. Pensez-vous que les médecins et infirmiers doivent être juridiquement protégés dans ce cadre ?

- ♦ Les réponses montrent un **débat très polarisé**, avec toutefois une **tendance globale plutôt défavorable** à la loi telle qu'elle est perçue aujourd'hui, **particulièrement chez les médecins**.
- ♦ Les répondants ne critiquent pas seulement la loi. Ils critiquent ce qu'ils considèrent être la réponse d'un **État défaillant** aux problèmes budgétaires et économiques du pays.
- ♦ La principale différence entre professions est que les **médecins** s'expriment davantage sur les **enjeux éthiques, déontologiques et sociétaux**, tandis que les **infirmiers** parlent plus souvent de leur **expérience concrète de la souffrance, de l'accompagnement quotidien et du poids émotionnel de l'acte**.
- ♦ Les éléments les plus consensuels sont :
 - Développer les soins palliatifs.
 - Garantir un accès équitable sur tout le territoire
 - Renforcer la formation des professionnels.
 - Assurer une décision collégiale.
 - Préserver la liberté de conscience des soignants

Q. Si vous deviez exprimer en quelques phrases votre position ou votre ressenti sur cette loi sur la fin de vie, que diriez-vous ?

- ♦ Une **position majoritairement défavorable**, fondée sur des **enjeux éthiques et déontologiques**.
- Forte référence au **serment d'Hippocrate** et à la mission du médecin : « soigner, soulager et accompagner, mais ne pas provoquer la mort ».
- Crainte d'une **rupture du lien de confiance médecin-patient** et d'une confusion entre le soin et l'acte létal.
- Forte inquiétude concernant les **dérives possibles** : pressions familiales, vulnérabilité des patients, considérations économiques.
- Consensus sur la nécessité de **développer les soins palliatifs**, jugés insuffisamment accessibles et insuffisamment financés.
- La **petite minorité favorable** invoque le respect de l'autonomie du patient, la dignité et certaines situations de souffrance.

Q. Si vous deviez exprimer en quelques phrases votre position ou votre ressenti sur cette loi sur la fin de vie, que diriez-vous ?



- ♦ Une **position plus partagée**, nourrie par l'**expérience du terrain**.
- Les infirmiers s'appuient davantage sur leur expérience quotidienne de la souffrance et de l'accompagnement de fin de vie.
- Une sensibilité plus forte aux situations où les patients expriment une demande persistante de mettre fin à leurs souffrances.
- Même parmi les favorables, forte demande d'un cadre juridique clair, d'une décision collégiale et d'une protection des soignants.
- Refus fréquent d'être seuls face à l'acte et revendication d'une clause de conscience effective.
- Comme les médecins, ils insistent sur le renforcement des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur.

Q. Si vous deviez exprimer en quelques phrases votre position ou votre ressenti sur cette loi sur la fin de vie, que diriez-vous ?

A large, solid red abstract shape on the left side of the slide, resembling a stylized arrow or a curved wedge pointing towards the center.

Ce qu'il faut retenir !

1

Un débat profondément clivant, avec un clivage avant tout professionnel

La question de l'aide à mourir divise fortement les professionnels de santé.

Les écarts les plus marqués ne s'observent ni selon l'âge ni selon le mode d'exercice, mais entre les professions.

Les médecins apparaissent globalement opposés au projet de loi, tandis que les infirmiers se montrent plus ouverts à une évolution du cadre législatif.

Cette différence se retrouve dans de nombreuses questions de l'étude : appréciation de la loi actuelle, rôle des professionnels, acceptabilité de certaines pratiques ou perception des risques.

Cette opposition semble refléter deux approches différentes de la fin de vie :

- une approche davantage centrée sur les enjeux éthiques, déontologiques et la responsabilité médicale chez les médecins ;
- une approche davantage fondée sur l'expérience de terrain, l'accompagnement des patients et l'observation de la souffrance chez les infirmiers.

Médecins et infirmiers divergent sur la suffisance de la loi Leonetti

La question de la suffisance du cadre actuel illustre parfaitement le clivage observé dans l'étude.

Une majorité de médecins (59%) considère que la loi Leonetti est suffisante pour gérer la fin de vie, contre seulement 27% des infirmiers.

Cette divergence traduit deux lectures différentes :

- pour les médecins, le problème principal réside souvent dans le manque de moyens pour appliquer pleinement les dispositifs existants ;
- pour les infirmiers, certaines situations de souffrance ou certaines demandes des patients nécessitent une évolution du cadre actuel.

3

Une implication majoritairement non interventionnelle

Une très large majorité des professionnels se déclare prête à :

- recueillir la demande du patient (80%) ;
- évaluer sa situation (78%).

En revanche, l'acceptation diminue fortement lorsqu'il s'agit :

- de participer à la décision (45%) ;
- d'être présent lors de l'administration du produit (47%) ;
- d'administrer le produit (26%) ;
- de le prescrire (23%).

Cette réserve est particulièrement forte chez les médecins, dont une majorité refuse aussi bien la prescription que l'administration du produit.

Même les infirmiers, pourtant plus favorables à la loi, se montrent partagés sur la réalisation de l'acte (36% favorables contre 46% opposés).

4

Une forte demande de garanties, de collégialité et de clarification du cadre

Le débat ne se limite pas à la question du « pour ou contre ».

Même parmi les répondants favorables à l'aide à mourir, beaucoup jugent que :

- les conditions d'accès manquent de précision ;
- les responsabilités des professionnels ne sont pas suffisamment définies ;
- les modalités de décision doivent être davantage encadrées.

La collégialité fait également consensus : les répondants souhaitent que les décisions ne reposent jamais sur un seul professionnel et qu'elles soient prises dans un cadre collectif et sécurisé.

L'attente de formation, de procédures claires et de garanties juridiques est également très présente.

5

Les inquiétudes portent d'abord sur les risques humains, éthiques et sociétaux

Les principales préoccupations exprimées dépassent largement les questions techniques ou organisationnelles.

Les deux premières inquiétudes concernent :

- le risque de pression explicite ou implicite exercée par les patients ou leur entourage (73%) ;
- la charge émotionnelle et psychologique pour les soignants (63%).

Les verbatim mettent également en évidence un thème particulièrement fort : la perception d'une défaillance de l'État et du système de santé.

De nombreux répondants estiment que le débat sur l'aide à mourir ne peut être dissocié :

- du manque d'accès aux soins palliatifs ;
- de l'insuffisance des moyens hospitaliers ;
- de la protection des patients vulnérables

Pour certains professionnels, l'aide à mourir apparaît davantage comme la conséquence d'un système en difficulté que comme la réponse prioritaire aux enjeux de fin de vie.

Les 5 enseignements clés en 1 slide

1

CLIVAGE PROFESSIONNEL



63% des médecins sont opposés au projet de loi. Une position guidée par l'éthique et la déontologie.



71% des infirmiers sont favorables au projet de loi. Une position nourrie par l'expérience de la fin de vie et de la souffrance des patients.

2

LOI LEONETTI



59% des médecins considèrent la loi Leonetti suffisante pour gérer la fin de vie



63% des infirmiers considèrent la loi Leonetti insuffisante pour gérer la fin de vie

3

ACCEPTABILITÉ DES ACTES



Recueillir la demande : 80%



Évaluer la situation : 78%



Être présent au moment de l'administration du produit : 47%



Participer à la décision : 45%



Administer le produit : 26%



Prescrire le produit : 23%

4

POINTS DE CONSENSUS



Développer les soins palliatifs



Garantir un accès équitable sur tout le territoire



Renforcer la formation des professionnels



Assurer une décision collégiale



Préserver la liberté de conscience des soignants

5

INQUIETUDES



Pression des patients ou des familles : 73%



Charge émotionnelle : 63%



Responsabilité juridique : 54%

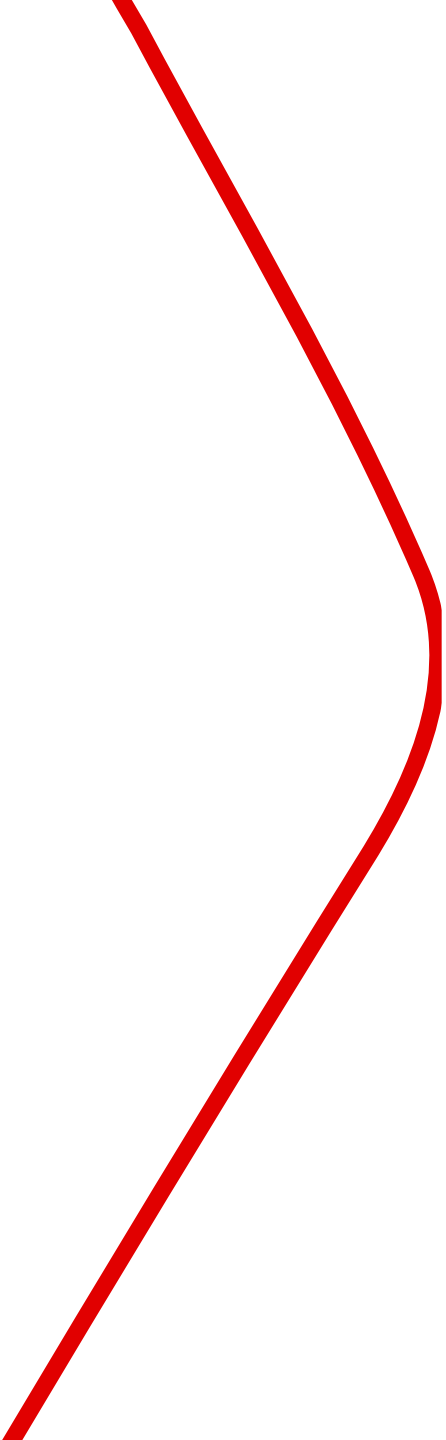


Conflits avec ses convictions : 48%



Les verbatim soulignent également :

- Une loi perçue comme une réponse aux insuffisances du système de santé plutôt qu'aux enjeux de fin de vie ;
- La conviction que le développement et l'accès aux soins palliatifs doivent constituer la priorité avant toute évolution législative ;
- Une inquiétude concernant la protection des personnes vulnérables.



MERCI

L'ensemble des documents
présentés en conférence de presse
sont disponibles sur
<https://presse.macsf.fr/>