



RAPPORT DE GESTION

2025

SOMMAIRE

Bilan des comités p. 06

- Comité Parcours Professionnels et Certification (PPC) p. 07
- Comité Registres et Systèmes d'Information p. 20
- Comité Chirurgie et Activités interventionnelles p. 43

Conventions p. 48

- Ministère de la Santé et de la Prévention
et Caisse Nationale d'Assurance Maladie p. 49
- ANSM - Agence Nationale de la Sécurité
des Médicaments et des produits de santé p. 65

Expertises, audits, avis, instances et groupes de travail p. 67

- Expertises p. 68
- Audits par la Cour des Comptes p. 68
- Saisine par l'Assurance Maladie concernant les actes à surcoût p. 72
- Saisines de la HAS / Avis p. 73

Fonctionnement interne p. 77

- CA et AG de la FSM p. 78
- Equipe de la FSM p. 78

Annexe p. 79

- Programme de la Journée de la FSM du 20 mars 2025 p. 79

EDITO



Comme chaque année, la FSM publie son rapport annuel de gestion pour l'année 2025, témoignant de l'implication de celle-ci et des CNP dans de nombreux domaines.

La certification périodique des professions de santé à ordre (CP) a encore été au centre de nos préoccupations, notamment durant l'été 2025, avec le renvoi par la DGOS de nombreux référentiels en vue d'une « harmonisation » rédactionnelle et dans la perspective de leur publication définitive (intervenue en février 2026) à l'origine d'une ultime vérification par le Pr Philippe ORCEL qui n'a pas ménagé sa peine ni son temps.

La question du partage des rôles dans l'accompagnement et le contrôle de la CP des médecins a fait l'objet d'âpres discussions avant la publication du décret du 26 décembre 2025 précisant les rôles respectifs des Conseils départementaux ordinaires et des CNP ; l'implication des CNP dans cet accompagnement est fondamentale et indissociable de l'engagement de nos confrères dans la procédure. Bienveillance, motivation et volontarisme constitueront notre marche à suivre !

Cette CP ne doit pas occulter l'action de la FSM dans d'autres domaines : le comité registre et systèmes d'informations a poursuivi ses travaux en intégrant 5 nouveaux registres sur la plateforme de la FSM ; le versement de la 3^{ème} tranche de subvention par la Banque Publique d'Investissement dans le cadre du « Grand Défi en Intelligence Artificielle et Santé » permet de pérenniser l'activité de notre plateforme. Toutefois, le Grand Défi ne constitue pas la seule voie d'entrée : d'autres registres ont été intégrés, ce qui portera à une trentaine le nombre de registres hébergés en 2026 par la FSM.

Le comité chirurgie et activités interventionnelles a entamé une réflexion sur la chirurgie « hors bloc » afin d'en dessiner les contours et définir les conditions de mise en œuvre compte tenu d'enjeux importants (réglementaires, financiers, etc.).

Comme chaque année, la FSM a poursuivi sa participation dans de nombreux groupes de travail : comité d'orientation de l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS), groupe opérationnel sur les médicaments et dispositifs médicaux de la DGOS, groupe de travail avec l'ATIH sur les indicateurs de vigilance en chirurgie, présence à l'Instance Collégiale du Conseil National de la Certification Périodique, proposition d'experts dans les jury des Programmes de Recherche Médico-économique (PRME) et des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicaux (PHRIP), collaboration avec l'Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) dans le cadre d'une convention cadre ANSM/FSM afin d'anticiper la gestion des pénuries de médicaments, entre autre.

La FSM a été sollicitée comme l'an dernier par certaines ARS pour accompagner des missions d'inspection et/ou d'audit, a été audité à plusieurs reprises par des magistrats de la 6^{ème} chambre de la Cour des Comptes ou encore saisie par la HAS sur des demandes en tant que partie prenante...

Cette riche activité témoigne encore une fois de notre crédibilité et de notre sérieux acquis au fil des ans ; elle est le fruit d'une intense collaboration rassemblant des hommes et des femmes qui croient fermement dans le concept de CNP ; qu'ils en soient remerciés.

Comme chaque année, ce rapport de gestion n'aurait pu voir le jour sans l'implication de notre directrice déléguée Valérie LE BORGNE, atout indispensable à la bonne marche de notre fédération ; qu'elle en soit chaleureusement remerciée.

Enfin, mes remerciements les plus vifs vont à Olivier GOEAU-BRISSONNIERE dont les conseils avisés tout au long de cette année 2025 ont été précieux ; notre binôme assure stabilité, continuité et pérennité de la FSM !

Très bonne lecture

Frédéric FOSSATI
Président



FAITS MARQUANTS 2025



20

Mars

Journée de la FSM :
certification périodique
et registres de pratiques



30

Juin

Signature de la
convention cadre avec
l'ANSM



15

Juillet

Lancement de la révision
des référentiels de
certification périodique



6

Novembre

1^{ere} réunion de la
commission
professionnelle des
médecins



29

Novembre

Envoi à la DGOS de
l'ensemble des
référentiels de
certification périodique
des CNP



Décembre

Versement par la BPI de
la troisième tranche de
subvention pour le
développement de
registres dans le cadre
des actions Grands défis
soutenues par le Fonds
pour l'innovation et l'
Industrie



BILAN DES COMITÉS

Comité Parcours Professionnels et Certification (PPC)	p. 07
Comité Registres et Systèmes d'Information	p. 20
Comité Chirurgie et Activités interventionnelles	p. 43

COMITÉ PARCOURS PROFESSIONNELS ET CERTIFICATION (PPC)

Réunions 2025

- 28 janvier 2025
- 3 avril 2025
- 3 juin 2025
- 25 septembre 2025
- 12 décembre 2025

Composition du comité en 2025

Responsables du comité

Francis Dujarric - CNP de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et de Chirurgie Orale Médicale
Philippe Orcel - CNP de Rhumatologie

Membres

Laurence Augey - CNP de CNP de Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelles, Tissulaires et Cellulaires
Isabelle Aimone-Gastin - CNP de Biologie Médicale
Denys Barrault - CNP de Médecine du Sport
Anne Bellut - CNP de Dermatologie et Vénérologie
Marie-Hélène Bernard - CNP de Médecine Légale et Expertise Médicale
Sandra Brancato - CNP de Pédiatrie
Jean-Jacques Cabaud - CNP de Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelles, Tissulaires et Cellulaires
Florent Cachin - CNP de Médecine Nucléaire
Irène Cholley - CNP d'Urologie
Matthieu Closon - CNP d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine Péri-Opératoire
Béatrice Cochener - CNP d'Ophtalmologie
Christophe Collomb - CNP de Médecine du Travail
Liliane Cret - CNP de Pédiatrie
Jean-Francois Cuzin - CNP d'Orthopédie Dento-Faciale et Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale
Michel Daigne - École Centrale de Paris
Thomas de Broucker - CNP de Neurologie
Jean-Luc Dehaene - CNP de Radiologie et Imagerie Médicale

Christian Delaunay - CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Patrick Disdier - CNP de Médecine Interne, Polyvalente et Immunologie Clinique
Thierry Faillot - CNP de Neurochirurgie
Patrick Feugier - CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire
Frédéric Fossati - Président de la FSM
Luc Frimat - CNP de Néphrologie
Catherine Gaillard - CNP de Médecine Vasculaire
Nadine Garet - CNP de Médecine Physique et Réadaptation
Corinne Godenir - CNP de d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition
Olivier Goëau-Brissonnière - Past Président de la FSM
Brigitte Granel - CNP de Médecine Interne, Polyvalente et Immunologie Clinique
Christophe Hennequin - CNP d'Oncologie
Didier Honnart - CNP de Médecine d'Urgence
Isabelle Jalenques - CNP de Psychiatrie
Marie-Claude Jars-Guinestre - CNP de Médecine Intensive - Réanimation
Benoît Jaulhac - CNP de Microbiologie - Hygiène
Jean-Michel Klein - CNP d'ORL et CCF
Mathieu Larrousse - CNP de Pneumologie
Christian Maigné - CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive
Virginie Migeot - CNP de Santé Publique
Céline Palusssière- CNP d'Allergologie
Yves Passadori - CNP de Gériatrie
Pierre Pégourié - CNP d'Ophtalmologie
Emmanuel Peigné - CNP de Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie Médicale
Marie-Laurence Poli-Mérol - CNP de Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent
Denis Prunet - CNP d'Urologie
Chloé Prod'homme - CNP de Médecine Palliative
Caroline Rivera - CNP de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Fabienne San Galli - CNP d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition
Jean-Christophe Saurin - CNP d'Hépatogastro-Entérologie
Michèle Scheffler - CNP de Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie Médicale
Albert Sotto - CNP de Maladies Infectieuses et Tropicales
Arnaud Uguen - CNP d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Introduction

L'année 2025 a été particulièrement contrastée. Après une première période d'inquiétude liée au retard pris dans la mise en place de la certification périodique, une dynamique beaucoup plus positive s'est engagée à partir du mois de juillet, dans la perspective de la publication des référentiels.

Un premier temps fort a consisté à faire reconnaître la mission d'accompagnement de la démarche par les CNP, initialement peu prise en compte dans les projets de texte. Un second événement majeur a été la mobilisation importante des 47 CNP et de la FSM, ayant permis d'aboutir à une version finalisée et complète des référentiels de certification périodique.

● INSCRIRE DANS LES TEXTES UN DISPOSITIF DE CERTIFICATION ADAPTÉ À TOUTES LES PRATIQUES AU SEIN DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET GÉRÉ DE MANIÈRE EFFICACE ET ÉQUILBRÉE

La définition d'un parcours type de certification périodique

Alors que la publication des décrets sur les modalités de mise en place de la démarche de certification périodique se faisait attendre, Olivier Goëau-Brissonnière a pris l'initiative de proposer aux médecins membres de l'instance collégiale du CNCP de participer à un groupe chargé de décrire le process qui conviendrait le mieux.

Ce groupe était composé de Paul Frappé, Vincent Pradeau, Yves Matillon et Yves Rebuffat.

Philippe Orcel qui en a été le co-animateur avec Olivier Goëau-Brissonnière a rédigé le document final.

Le texte décrit, de façon simple, en deux pages le parcours type de certification périodique d'un médecin et présente ce qui se passe avant l'entrée dans la certification périodique, pendant le parcours et après.

Il a été envoyé aux membres de l'instance collégiale.

Parcours-type du médecin pour la Certification Périodique (CP)

Après une trentaine d'années de réflexions et de réformes successives, l'État a décidé de mettre en place au sein du système de santé français un **dispositif d'accompagnement du maintien des compétences** des professionnels de santé, dénommé "**CERTIFICATION PÉRIODIQUE**".

Alors que la formation médicale continue obligatoire ne concernait depuis 1996 que les médecins, la loi plus récente a considéré que la CP ne devait pas s'adresser aux seuls médecins, mais impliquer les sept professions de santé disposant d'un Ordre professionnel (...)

La procédure de CP demande à chaque professionnel de santé en activité de réaliser un parcours de CP dans 4 domaines :

- Bloc 1 : actualiser ses connaissances et ses compétences
- Bloc 2 : renforcer la qualité de ses pratiques et des soins
- Bloc 3 : améliorer la relation avec les patients
- Bloc 4 : mieux prendre en compte sa santé personnelle

Les actions disponibles sont décrites pour chaque bloc, dans un référentiel rédigé par le Conseil national professionnel (CNP) de chaque profession ou spécialité. L'obligation consiste à réaliser au minimum 2 actions dans chacun des 4 blocs sur un cycle de CP de 6 ans.

La fiche qui suit décrit de façon synthétique les étapes du **parcours-type de CP d'un médecin** avec les modalités pratiques, les critères attendus et le rôle des différents acteurs intervenant dans cette démarche. Les particularités en fonction du statut du médecin seront envisagées dans une annexe.

L'Ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique a fixé le démarrage officiel du dispositif au 1^{er} janvier 2023.

AVANT L'ENTRÉE DANS LE PARCOURS DE CP

Le téléservice MaCertif'ProSanté mis en place par l'ANS doit permettre : **d'assurer l'inscription initiale** de tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre ; **avec une procédure automatisée** orientant le médecin en fonction de sa qualification ordinale ; **de gérer les comptes individuels** des médecins ; **d'assurer la computation des attestations des actions** réalisées en répartissant celles-ci dans chacun des 4 blocs ; **de communiquer avec le médecin et avec l'Ordre** sur la progression du parcours de CP ; avec un **algorithme qui permet un suivi simple sur le compte individuel**, par exemple avec un *code tricolore vert-OK, orange-attention, rouge-vigilance renforcée* ; **de gérer l'actualisation au fil de l'eau des référentiels par les CNP** ; **de gérer la transmission par les organismes prestataires¹** des actions des référentiels de CP ; **de vérifier la validité qualitative des parcours de CP** grâce à un algorithme permettant un tirage au sort aléatoire du parcours de certains médecins pour un contrôle de qualité des actions réalisées.

Une information simple et pratique doit être délivrée aux médecins, en particulier par le téléservice MaCertif'ProSanté : c'est quoi la CP ? quelles différences par rapports aux dispositifs antérieurs ? qui gère le processus ? qu'est-ce qu'un référentiel de CP ? comment choisir mon référentiel ? comment je gère mon compte personnel sur le téléservice MaCertif'ProSanté ? qui peut m'aider si j'ai des questions à poser ? qui valide mon parcours de CP ? quelles conséquences si je ne valide pas ?

¹ tous organismes de FMC ou de DPC référencés, associations, opérateurs de compétence, association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, fonds d'assurance formation, universités, établissements de santé,...

DÉBUT DU PARCOURS DE CP

L'ANS déclenche le début du 1^{er} cycle de CP : sur la base du registre RPPS des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins, le téléservice MaCertif'ProSanté adresse au médecin un avis d'ouverture de son compte individuel ; cet avis est également adressé au CNOM.

Le médecin peut dès lors accéder à son compte individuel et y consulter ses données personnelles, tous les référentiels validés rédigés par les CNP médicaux (CMG et les 47 CNP de spécialités regroupés dans la FSM), les coordonnées des CDOM et des CNP.

Le médecin vérifie l'adéquation entre la spécialité de son inscription au tableau de l'Ordre et sa PRATIQUE RÉELLE, ce qui conditionne le choix de son référentiel de CP :

- en cas de concordance, il choisit, parmi les actions prévues au référentiel de CP (dans chacun des 4 blocs), celles qu'il entend suivre ou réaliser au cours de la période de CP ; le choix des actions à réaliser pourra se faire progressivement, au cours du déroulement du cycle ;

- en cas de discordance, il doit se rapprocher de l'instance ordinale, du CNP de sa spécialité d'inscription ordinale et du CNP de la spécialité correspondant à sa pratique réelle. Le choix du référentiel doit faire l'objet d'un accord entre le médecin, l'Ordre et ces deux CNP concernés.

Par exemple, un médecin généraliste exerçant une activité régulière de médecine d'urgence plus de la moitié de son temps pourra opter pour le référentiel du CNP de Médecine d'Urgence même s'il est inscrit au tableau de l'Ordre comme généraliste, avec l'accord de l'Ordre, du CNP de Médecine générale et du CNP de Médecine d'Urgence.

Le choix ne peut porter que sur UN SEUL RÉFÉRENTIEL pour un cycle de CP (sauf changement de situation professionnelle ou personnelle du médecin : voir plus loin).

PENDANT LE DÉROULEMENT DU PARCOURS DE CP

Le compte du médecin sur le téléservice MaCertif'ProSanté lui donne un accès permanent à toutes informations utiles concernant son parcours de CP.

MaCertif'ProSanté est conçu pour recevoir et enregistrer automatiquement sur le compte du médecin un maximum d'informations sur les actions réalisées avec les divers organismes prestataires¹.

Les actions réalisées non transmises automatiquement devront être implémentées sur MaCertif'ProSanté par le médecin (téléchargement d'une attestation de validation).

Le médecin peut – sur son compte individuel – vérifier sa progression et la répartition appropriée des actions dans chacun des 4 blocs du parcours de CP. Il peut corriger des informations erronées.

En cas de changement de situation du médecin en cours de cycle (arrêt prolongé des activités de soin, changement de spécialité, nouvelle compétence acquise par une FST) le médecin prend contact avec l'Ordre et les CNP correspondants pour définir les ajustements de son parcours de CP.

À tout moment, le médecin peut utiliser MaCertif'ProSanté pour communiquer avec son CNP ou avec l'Ordre pour toute question concernant son parcours de CP, notamment pour solliciter un accompagnement.

MaCertif'ProSanté doit permettre aux CNP d'actualiser les référentiels au fil de l'eau en fonction des évolutions de la spécialité et de transmettre ces informations d'actualisation à tous les spécialistes concernés.

MaCertif'ProSanté doit permettre aux CNP de transmettre des messages d'accompagnement et d'explication sur la démarche de CP.

MaCertif'ProSanté transmet automatiquement au médecin – via son compte individuel et par un message électronique –, à chaque date anniversaire de l'ouverture de son compte, au nom de l'Ordre et de son CNP, un point actualisé des actions réalisées avec des messages clairs (par exemple le *code tricolore vert-OK, orange-attention, rouge-vigilance renforcée*).

Tous les ans, lors du renouvellement de l'inscription à l'ordre, le médecin est invité par le CNOM à faire un point sur son parcours de CP. Ce point annuel permet de corriger les difficultés rencontrées :

- difficulté importante détectée par l'algorithme sur le compte du médecin (nombre d'actions réalisées nul ou très faible par rapport à l'avancement du cycle ; code tricolore "feu rouge") : l'information est transmise automatiquement par MaCertif'ProSanté à l'Ordre qui invite alors le médecin à un entretien avec un conseiller ordinal. Si les mesures de correction relèvent de conseils spécifiques à la spécialité du médecin, le conseiller ordinal lui propose de solliciter l'appui de son CNP, lequel désigne un "accompagnant".

- difficulté perçue par le médecin lui-même pour gérer son parcours de CP (code tricolore "feu orange") : le médecin doit avoir accès sur son compte de MaCertif'ProSanté à un bouton "*Trouver un Conseiller*" qui, grâce à un menu déroulant, lui permettra un référent au sein de son CNP ou un conseiller ordinal pour son accompagnement.

FIN DU PARCOURS DE CP ET CYCLE SUIVANT

Au terme des 6 ans du cycle de CP, l'algorithme de MaCertif'ProSanté vérifie la complétion du parcours du médecin (code tricolore "feu vert"), avec un minimum de DEUX ACTIONS DANS CHACUN DES QUATRE BLOCS : une attestation de validation du cycle est alors automatiquement transmise au médecin et à l'Ordre.

La validation d'un cycle de CP déclenche automatiquement le démarrage du cycle suivant, avec les mêmes étapes du parcours de CP.

En cas de non-validation (code tricolore "feu rouge" persistant malgré les mesures correctives décrites ci-dessus), l'Ordre prend contact avec le médecin pour définir les actions à mettre en place, selon les procédures ordinaires habituelles.

La mobilisation face à des projets de texte inadaptés, qui méconnaissaient notamment le rôle des CNP

La FSM et les CNP ont fortement réagi, suite à la présentation le 23 janvier 2025 en instance collégiale, des deux projets de décrets relatifs au contrôle et à l'accompagnement de la démarche de certification périodique ainsi qu'au compte individuel.

Ils ont exprimé leur déception et leur découragement face à des textes qui n'avaient pas fait l'objet de concertations et qui réduisaient presque à néant le rôle des CNP.

Une réunion des Présidents de CNP a été organisée le 11 février pour valider les demandes de modification des textes portée par la FSM avant leur envoi à la DGOS.

Sur la philosophie du dispositif d'accompagnement de la certification périodique et un nécessaire partage des rôles

La FSM et les CNP ont tout d'abord rappelé qu'ils avaient porté l'idée de certification plus qu'aucune autre structure, ce que confirmait une note validée par l'ensemble des CNP de la FSM le 18 juillet 2023 :

« La certification des professionnels des santé introduite par l'ordonnance de juillet 2021 est un concept vertueux qui contribue à la qualité des soins. La FSM a beaucoup participé à l'introduction de ce dispositif qui a fait ses preuves dans d'autres pays depuis de nombreuses années. Il ne s'agit absolument pas de copier intégralement ce qui a été fait ailleurs, mais pour réussir sa mise en place il faut cependant absolument respecter une règle de séparation des pouvoirs entre celui qui établit les référentiels et celui qui contrôle et sanctionne. Il faut s'inspirer des dispositifs existant ailleurs depuis de nombreuses années, en particulier au Canada. Dans ce pays, comme dans certains pays européens, une complémentarité existe sans problème entre les ordres professionnels et les structures correspondant aux Conseils Nationaux Professionnels ou à la FSM.

C'est d'ailleurs ce que stipulait le rapport de l'IGAS de Jean-Philippe Vinquant : « confier le suivi de la souscription de la démarche de recertification aux ordres professionnelset leur faire délivrer des attestations », mais« confier aux CNPs un rôle d'accompagnement des professionnels demandeurs ».

De même, le rapport Uzan donnait un « rôle central dans la recertification aux CNP, à la FSM, et au CMG ». Il envisageait de confier aux ordres la responsabilité de conserver les données et le cas échéant, de tirer les conséquences d'une non-certification, l'ordre intervenant comme un garant. Nous tenons à voir appliquer ces grands principes de séparation des pouvoirs, ce qui suppose une définition précise des rôles de chacun tout au long de la procédure : rédaction et mise à jour des référentiels, accompagnement des professionnels, contrôle de l'entrée dans la démarche et validation. Ceci suppose également que nous soyons associés à la définition du cahier des charges du téléservice de la certification et que son architecture respecte ces principes. »

La FSM a rappelé qu'elle avait toujours milité en faveur d'un dispositif reposant sur

- un partage des pouvoirs entre ceux qui devaient accompagner et conseiller les professionnels, et ceux qui devaient contrôler, comme cela se fait au Canada, et dans les autres pays ;
- la confiance dans les CNP et les professionnels acteurs de leur démarche qui doivent rester maîtres de leurs comptes.

Elle a regretté que les deux projets de décret en CE « contrôle et sanction » et « compte individuel » soient très éloignés de cette conception, les CNP n'intervenant que de manière très restreinte, en pratique uniquement si l'Ordre les sollicitait et à travers un seul membre du bureau de chaque CNP nommément désigné.

Les dispositions des projets de textes à revoir

Dans sa réponse, la FSM a également listé de manière précise tous les points dont elle demandait la modification :

- le fait de restreindre l'intervention du CNP à un seul de ses administrateurs rendait le texte inapplicable en pratique, compte tenu a priori de la complexité des situations pour lesquelles un appui du CNP s'avérerait nécessaire et de la charge de travail engendrée.
- l'attribution de cette fonction à un membre du bureau empêchait de fait le CNP, en tant qu'association de loi 1901 à but non lucratif, d'indemniser la personne concernée.
- l'absence de maîtrise par les professionnels de santé de la gestion des informations les concernant, ceux-ci n'ayant pas la possibilité de modifier les informations qui auraient été placées par d'autres institutions sur « leur compte », notamment par les établissements.
- l'impossibilité pour un médecin de préciser son exercice effectif ce qui constituait une difficulté supplémentaire, importante, pour le lancement du dispositif.
- la consultation possible par de nombreuses personnes dans les instances ordinales et dans les établissements du contenu du bloc 4 concernant la santé du professionnel de santé, ce qui allait à l'encontre de la nécessité pour ce dernier de disposer d'un droit plein et entier en écriture sur les informations collectées dans son compte.

En conclusion, la FSM demandait que les CNP jouent un rôle direct dans le suivi et l'accompagnement positif des professionnels de santé, l'adaptation des référentiels, et la mise en place du dispositif.

La prise en compte du rôle des CNP

A la suite de cette mobilisation et après une rencontre entre Olivier Goëau-Brissonnière et Marie Daudé, Directrice générale de l'offre de soins, un engagement a été pris de modifier les projets de décret.

La FSM a pu confirmer aux Présidents de CNP qu'elle avait obtenu gain de cause sur

- l'accompagnement des démarches de certification périodique par les CNP
- la possibilité d'une relation directe entre le CNP et les médecins relevant de lui
- la prise en compte de l'exercice effectif du médecin
- la possibilité pour les CNP de mettre à jour les référentiels au fil de l'eau.

Une analyse détaillée du rapport de l'IGAS sur l'avenir de l'ANDPC



Le comité PPC a analysé le rapport remis par Erik Rance et Marc Penaud de l'IGAS sur l'avenir de l'ANDPC lors de sa réunion du 3 avril 2025. De nombreuses propositions ont été jugées positives car allant dans le sens des messages portés par la FSM et permettant de conforter sa réflexion.

Parmi ces points, ont été relevés :

- la nécessité de supprimer l'obligation de DPC
- la reconfiguration de l'ANDPC, avec 3 scénarios proposés et la mise en place d'un préfigurateur
- la création d'un droit de tirage destiné aux actions payantes, autre manière de présenter le chèque médecin défendu de longue date par la FSM
- le redéploiement des moyens de l'ANDPC

Le comité a noté que le rapport levait également des ambiguïtés qui auraient pu gêner la FSM et les CNP. Les auteurs du rapport constatent en effet que si des précisions manquent dans les textes, les questions soulevées sont tranchées en pratique, ce qui facilite le positionnement de la FSM et des CNP.

Les inspecteurs relèvent ainsi qu'aucun texte ne dit que les référentiels sont produits par les CNP, il est juste indiqué que les CNP les actualisent. Même si les textes ne sont pas précis, le rapport explique que l'on comprend bien que les CNP rédigent et actualisent les référentiels.

De même, si le rôle des commissions professionnelles peut être sujet à interprétation, les inspecteurs se rangent à l'avis des interlocuteurs qu'ils ont rencontrés et considèrent comme eux que les commissions professionnelles doivent avoir un rôle dans la définition des référentiels.

Enfin, ils prennent position sur les CNP, qui sont chargés d'un rôle de conseil auprès des professionnels.

L'ensemble de ces éléments : définition d'un parcours de certification périodique, modification des projets des textes, affirmation du rôle des CNP et suppression à venir de l'obligation de DPC ont dessiné une perspective beaucoup plus positive, qui s'est renforcée à partir du mois de juin avec la relance du travail sur les référentiels de certification périodique.

● LA FINALISATION DES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION PÉRIODIQUE

La communication par la DGOS de son analyse sur les référentiels

La DGOS a transmis fin juin à la FSM l'analyse qu'elle avait menée sur les 47 référentiels de certification périodique reçus en août 2024.

Elle soulignait l'importance du travail conduit par les CNP avec des référentiels très riches même s'ils présentaient dans leur contenu une certaine hétérogénéité. Les référentiels étaient classés en trois groupes selon qu'ils étaient jugés :

- "suffisamment complets pour permettre aux professionnels de s'y retrouver sans difficulté" - 1^{er} groupe
- "de bonne facture mais pour lesquels des compléments peuvent s'avérer plus ou moins nécessaires pour disposer d'un document opérationnel" - 2nd groupe
- "comme comportant davantage d'éléments manquants" - 3^{ème} groupe

La FSM et le CMG ont demandé à la DGOS de privilégier une publication synchrone de tous les référentiels, conformément à l'esprit d'équilibre qui avait animé leurs travaux. Il a été acté que la publication des référentiels serait effectivement globale et donc planifiée pour le milieu de l'automne.

Le travail de révision a pu être lancé avec cet objectif en perspective.

Une mobilisation très importante

Les remarques faites par la DGOS sur les référentiels ont dans un premier temps été ré analysées par la FSM, ce qui a permis d'identifier des éléments récurrents qui pouvaient être facilement adaptés pour parvenir à une plus grande harmonisation de l'ensemble.

Les conseils généraux ont porté sur le fait d'intégrer :

- une introduction assez détaillée sur la base d'un modèle revu et enrichi par la FSM
- une présentation verticale à 3 colonnes permettant de faire figurer dans chaque bloc les actions, les attendus méthodologiques du CNP et les éléments de preuves s'y référant
- des annexes permettant de lister en détail les actions de différentes catégories
- des ajustements des blocs 3 et 4 afin qu'ils correspondent à la liste établie par le groupe de travail DGOS/CNCP/CNP

Un message personnalisé a été adressé à chaque Président de CNP le 15 juillet, en demandant qu'un projet de révision soit envoyé pour le comité PPC du 24 septembre.

Une discussion personnalisée a été proposée aux CNP du "3ème groupe", fin août-début septembre.

Grâce à la mobilisation de tous, et malgré la période estivale, il a été possible de colliger les 47 référentiels attendus.



De nombreux échanges ont eu lieu, il a fallu discuter de points sensibles comme la place de l'accréditation des spécialités à risques ou celle de la certification des établissements de santé, des points sur lesquels certains CNP ont dû retravailler. Tous les CNP ont joué le jeu, cela s'est fait de façon très souple. Le résultat final a été jugé très satisfaisant : **47 référentiels, 955 pages.**

L'anticipation de la mise en place de la certification périodique

La dynamique engendrée autour de la publication des référentiels a permis de relancer des travaux qui avaient été laissés un peu de côté compte tenu des incertitudes.

La fiche d'évaluation des actions hors liste

Cette fiche est destinée aux CNP et doit leur permettre de décider si une action proposée par un organisme de formation peut figurer dans le référentiel. Elle a été finalisée et envoyée pour avis aux membres de la commission professionnelle qui s'est réunie pour la première fois le 6 novembre 2025.

Cet outil permettra de donner une souplesse indispensable au dispositif et d'actualiser les référentiels en fonction des besoins des médecins tout en jugeant avec rigueur et selon la même méthodologie les actions proposées par les organismes.



Fiche d'évaluation d'une action "hors liste" du référentiel de certification périodique du CNP de ...

INTITULÉ DE L'ACTION (préciser le bloc de rattachement proposé) :			
ORGANISME PROPOSANT L'ACTION :		NOM ET COORDONNÉES DU CONTACT RESPONSABLE :	
POUR LES ACTIONS DE FORMATION OU D'ANALYSE DES PRATIQUES/GESTION DES RISQUES, L'OPÉRATEUR DOIT ÊTRE : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un ODPC de la spécialité <input type="checkbox"/> un organisme ou société ou association ayant satisfait à la démarche Qualiopi <input type="checkbox"/> un organisme ou société ou association figurant sur la liste publique des organismes de formation (L.6351-7-1 du code du travail) <input type="checkbox"/> une université <input type="checkbox"/> un établissement de santé (pour les actions d'analyse des pratiques/gestion des risques) <input type="checkbox"/> un organisme d'accréditation (pour les spécialités à risque) 			
CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ D'UNE ACTION HORS LISTE DU RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION		ÉVALUATION RÉSERVÉ AU CNP	
Critères généraux et méthodologiques		Rev 1	Rev 2
Adéquation aux méthodes de la HAS			
Adaptation à la pratique professionnelle du praticien			
		Décision CS	

Qualification et compétences des concepteur(s), intervenant(s) et modérateur(s)			
Critères scientifiques et pédagogiques			
Identification des objectifs scientifiques et pédagogiques			
Adéquation des moyens techniques et d'encadrement à leur mise en œuvre			
Critères éthiques et d'indépendance			
Mise en œuvre indépendante de toute influence financière directe			
Déclaration d'intérêts des concepteur(s), intervenant(s) ou modérateur(s) d'action transmise et examinée par le CNP			
Critères d'information et d'évaluation			
Information (et sa diffusion) sur les objectifs scientifiques et pédagogiques et sur les modalités d'évaluation des actions			
Modalités d'évaluation prenant en compte les appréciations (positives ou négatives) des parties prenantes (bénéficiaires, financeurs, équipes pédagogiques)			
<u>COMMENTAIRES DU CS ET DÉCISION :</u>			

La nécessaire mutation des ODPC

Le comité s'est préoccupé de l'évolution du rôle des ODPC compte tenu de la suppression à venir de l'obligation de DPC. Des discussions ont eu lieu sur les conditions nécessaires à leur pleine participation à l'organisation des actions prévues dans les référentiels de certification périodique. Une attention particulière a été portée à la question de leur financement.

Ceci a conduit le comité PPC à organiser des échanges sur la certification Qualiopi, certification obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2022 pour tous les prestataires d'actions de formation concourant au développement des compétences qui souhaitent accéder aux fonds publics et mutualisés. Plusieurs responsables d'ODPC, dont notamment Fabienne San Galli, responsable de l'ODPC Endo ont partagé leurs expériences pour l'obtention de cette certification et son renouvellement.

Conclusion

La possibilité de mettre en place un dispositif cohérent, assez simple, sans une trop grande rupture avec les démarches précédentes et reposant sur des référentiels de certification périodique adaptés à toutes les pratiques au sein des spécialités médicales s'est vraiment précisée en 2025.

De nombreux éléments restent à clarifier pour un démarrage effectif : date de prise en compte, ouverture du téléservice Ma Certif Pro Santé, financement, organisation générale suite à la disparition programmée de l'ANDPC Mais une étape importante a été franchie, ce qui rend indispensable la préparation d'une communication importante en 2026, par tous les canaux possibles.

COMITÉ REGISTRES ET SYSTÈMES D'INFORMATION

Réunion 2025

- 23 mai 2025

Composition du comité en 2025

Responsables du comité

Olivier Goëau-Brissonnière – Past Président de la FSM

Hubert Johanet – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive

Membres

Sophie Aufort – CNP de Radiologie et d'Imagerie Médicale et coordonnateur du registre « FRI REPORT »

Hervé Bard – CNP de Rhumatologie et coordonnateur du registre « TIAGO »

Romain Bourcier – CNP de Radiologie et Imagerie Médicale et coordonnateur du registre « FRAN »

Anne Buisson – France Assos Santé

Stéphan Chabardes – CNP de Neurochirurgie et coordonnateur du registre « Neurochirurgie »

Frédéric Courbon – CNP de Médecine Nucléaire et coordonnateur du registre « EPILUNET »

Benoit Couturaud – CNP de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique et coordonnateur du registre « Implants mammaires »

Marcel Dahan – CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire et coordonnateur du registre « EPITHOR »

Jean-Louis de Brux – CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire et coordonnateur du registre « EPICARD »

Christian Delaunay – CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Hubert Desal – CNP de Radiologie et Imagerie Médicale et coordonnateur du registre « FRAN »

Gaëlle Fiard – CNP d'Urologie et coordonnatrice du registre « Prostate - AFU »

Olivier Graesslin – CNP de Gynécologie Obstétrique et de Gynécologie Médicale et coordonnateur du registre « Essure »

Véronique Jouis – Unité de Recherche Clinique Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal

Benjamin Kretz – CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire et coordonnateur du registre « DATAVASC »

David Lechaux – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive, coordonnateur du registre « EPIBAR »

Julien Legodec – CNP de Pneumologie et coordonnateur du registre « EPIGETIF »
Bertrand Léobon – CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire et coordonnateur du registre « EPICARD congénital »
Pascal Leprince – CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire et coordonnateur du registre « FranceMAcs »
Ugo Marchese – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive et co-coordonnateur du registre « FVSR »
Serge Molliex – CNP d’Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire et coordonnateur du registre « AGEARISK »
Véronique Phé – CNP d’Urologie et coordonnatrice du registre « NeuroAFU »
Lilian Schwarz – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive et co-coordonnateur du registre « FVSR »
Bruno Stach – CNP de Pneumologie
Eric Vicaut – Unité de Recherche Clinique Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal

Introduction

Le renforcement de l’équipe de data managers s’est nettement fait sentir en 2025 et a permis de lancer davantage de nouveaux projets tout en répondant aux demandes de modifications des registres existants et de production d’analyses descriptives.

Dix registres sont quasiment prêts fin 2025.

La subvention reçue en fin d’année de la BPI, pour la troisième tranche de l’action Grand défi soutenue par le Fonds pour l’Industrie et l’Innovation, va conforter la dynamique engagée autour de différents travaux pour faciliter l’alimentation des registres sans ressaisie des données.

● LE DÉVELOPPEMENT DES REGISTRES DANS LE CADRE DU GRAND DÉFI IA & SANTÉ

Les registres sélectionnés suite au deuxième et au troisième appel à projet

Tous les projets sélectionnés lors du second appel à projets ont été lancés, grâce au démarrage des travaux concernant le registre Contragyn.

Trois projets sur les 4 directement retenus au titre du troisième appel à projets ont été quasiment finalisés durant l’année 2025.

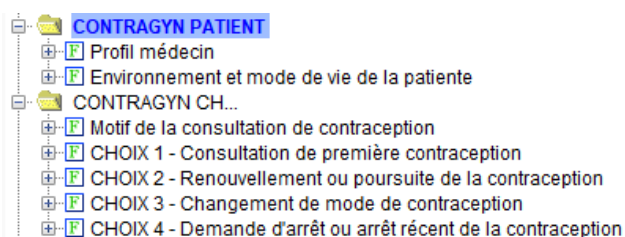
Les porteurs du projet RENAVO TEL ayant répondu aux interrogations soulevées par les membres du COPIL, il a finalement été décidé de lancer ce registre.

Au total, ce sont 5 nouveaux registres qui ont été créés en 2025 au titre de l’action Grand défi.

CONTRAGYN

Porté par le CNP de Gynécologie-Obstétrique et de Gynécologie Médicale, ce registre a pour objectif de recueillir les données relatives aux pratiques contraceptives en France chez les femmes de 15 à 40 ans. Il documente les choix contraceptifs effectués, ainsi que leur efficacité, leur tolérance, leurs complications et les facteurs de risque associés. Alors que près de 60 % des femmes en âge de procréer utilisent une contraception, ces consultations constituent également un temps d'information sur la prévention des IST et la santé sexuelle.

Le registre comporte deux modules : le premier recueille les informations sur la patiente et le ou la gynécologue via deux formulaires. Le second comprend cinq formulaires, dont l'affichage dépend du choix effectué, avec un formulaire initial conditionnant l'accès à l'un des quatre autres.



Le formulaire Identification chirurgien (ou Profil médecin) collecte des informations sur le mode d'exercice, le statut du médecin. Il doit être rempli une seule fois pour éviter la ressaisie à chaque connexion. Lors de la création d'un nouveau dossier, les données du médecin s'affichent automatiquement. En cas de modification, celles-ci devront être envoyées au data manager de la FSM, seul habilité à les mettre à jour

Exemple de formulaire "Identification chirurgien" :

- Nom de l'investigateur :
- Numéro RPPS :
- Lieu d'exercice (concernant patiente entrant dans le registre) :
- Spécialité ou profession :
- Si MG :
- Année de naissance de l'investigateur :
- Si SF :
- Si GM :
- Si GO :
- Genre :
- Activité :
- Statut :
- RPPS_TEST :

Exemple de formulaire choix n° 2

CHOIX 2 - Renouvellement ou poursuite de la contraception

● La patiente souhaite renouveler ou poursuivre sa contraception actuelle

- Par satisfaction
- Par intolérance ou contre-indication aux autres types de contraception
- Effets indésirables, mais ne conduisant pas au changement de la contraception
- Par effet thérapeutique de cette contraception
- Raison inconnue
- Par effet de prévention
- Autre

La patiente présente :

- Une contre-indication à la contraception oestro-progestative Oui Non
- Une contre-indication à la contraception progestative Oui Non
- La patiente allaite Oui Non

● Quel est le moyen de contraception utilisé par la patiente ?

- Contraception oestro-progestative (COP)
- Contraception progestative
- Autre contraception

- COP à visée contraceptive ? Oui Non
- COP à visée thérapeutique ? Oui Non

● Quelle COP instaurée

- Ethinyl-Oestradiol
- Oestradiol
- Estétrol et Drospirénone
- Anneau Vaginal oestro-progestatif
- Patch oestro-progestatif
- Autre

● Oestradiol et

- Diénogest
- Acétate de nomégestrol
- Drospirénone

● Prise continue de la COP Oui Non

MYOMA

Le registre Myoma concerne les techniques de myolyse mises en œuvre pour le traitement des fibromes utérins et de l'adénomyose, pathologies fréquentes avec des impacts significatifs sur la qualité de vie des femmes et sur les coûts de santé. Développées à l'origine en Asie (radiofréquence, micro-ondes), ces techniques sont en cours d'implantation en Europe, avec plusieurs centres français déjà concernés.

L'objectif de ce registre est de recenser de façon exhaustive l'ensemble des cas traités par myolyse, d'évaluer les résultats en conditions réelles de pratique — notamment l'amélioration des symptômes, l'impact sur la qualité de vie, la réduction de la taille des myomes et la survenue de complications — et d'analyser leur utilisation chez les patientes désireuses de grossesse ou confrontées à une infertilité. Il permettra aussi d'apprécier le rapport coût-efficacité de ces approches, de fournir une base de données solide pour la conduite d'essais comparatifs ultérieurs et de publier des résultats indépendants des intérêts industriels.

Aperçu de l'interface du registre en ligne



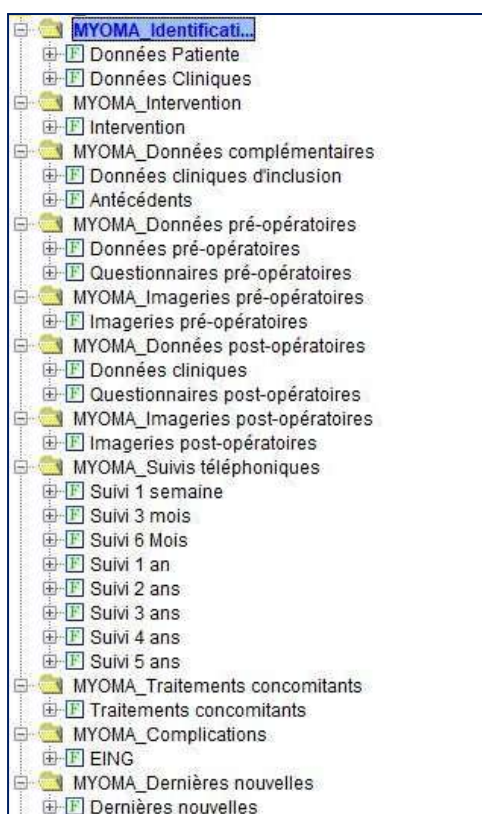
Le paramétrage du registre a été finalisé en mai 2025, des tests ont ensuite été effectués.

Le registre est structuré en 11 modules, qui comprennent 22 formulaires et 1 250 items, permettant une collecte de données précise et complète.

Cette nouvelle organisation couvre notamment :

- Les données préopératoires en imagerie,
- Les antécédents médicaux,
- Les données cliniques,
- Les questionnaires pré- et postopératoires.

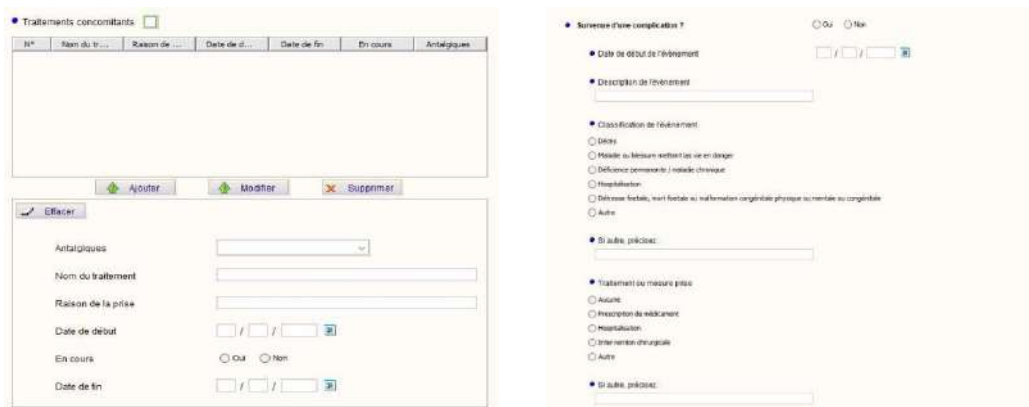
L'arborescence du Registre : 11 modules



- 1) Identification
- 2) Intervention
- 3) Données complémentaires
- 4) Données pré-opératoires
- 5) Imageries pré-opératoires
- 6) Données post-opératoires
- 7) Imageries post-opératoires
- 8) Suivis téléphoniques
- 9) Traitements concomitants
- 10) Complications
- 11) Dernières nouvelles

Le module « Suivis téléphoniques » comprend huit formulaires (Suivi à 1 semaine, 3 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans et 5 ans), lesquels incluent des questions portant sur l’UFS-QoL Fibrome, l’EQ-5D et les PREMs après hospitalisation

Le module « Traitements concomitants » repose sur un formulaire unique structuré sous forme tabulaire, permettant l’enregistrement itératif des thérapeutiques associées et la saisie de plusieurs lignes par patient pour une description détaillée des traitements.



EPILARYNX

Le registre EPILARNYX a été conçu comme une base de données clinique structurée, harmonisée et exhaustive, dédiée aux patients atteints de lésions épilaryngées, incluant notamment les cancers ORL. En l’absence en France d’un recueil national standardisé couvrant l’ensemble du parcours de soins dans cette spécialité, EPILARNYX répond à un besoin essentiel de traçabilité, d’analyse des pratiques, et de production de données robustes pour la recherche clinique, l’évaluation des pratiques et l’amélioration continue de la qualité des soins.

La laryngectomie totale, ou pharyngo laryngectomie totale, est l’ablation totale du larynx. Cette intervention crée une indépendance entre les voies aériennes et digestives et est indiquée pour les cancers avancés du larynx et/ou de l’hypopharynx. Il s’agit d’une intervention excessivement mutilante puisque le patient fera l’objet d’une trachéostomie dont les conséquences seront définitives et suivra une rééducation orthophonique.

Le registre a pour objectif de mieux cibler les indications, de vérifier la qualité des suites opératoires et la durée d’hospitalisation, de différencier les suites opératoires des patients déjà irradiés ou ayant des comorbidités importantes et de faire progresser les équipes en leur permettant de comparer leurs résultats sur le plan national. Il permettra de compléter les outils de prise en charge pour recueillir de façon nationale les chiffres clés concernant cette intervention : cadre, durées, complications, etc.

Élaboration du CRF

Une première version du CRF a été paramétrée en avril 2025. Des comptes test ont été créés pour l’équipe en charge du registre afin de permettre l’analyse et l’évaluation détaillée de l’outil. Le lancement du registre est prévu pour le mois de mars 2026.



EpiLarynx

Aide à la saisie :
 En cliquant sur la petite bleue au début de chaque question, vous pouvez :
 - Inscrire qu'elle est « NON DISPONIBLE »
 - Inscrire qu'elle est « NON APPLICABLE »
 - Effacer la donnée si elle est déjà saisie
 Si la petite devient rouge, veuillez pointer votre souris sur celle-ci afin de lire le message et corriger l'erreur.
 Si vous avez cliqué par erreur sur « NON DISPONIBLE » ou « NON APPLICABLE » et souhaitez remplir la donnée, cliquez de nouveau sur l'option incorrecte choisie.

Informations du centre

- Nom du centre : ISSY-LES-MOULINCAUX - FSM - TEST
- Numéro de centre : 999999999
- Nom de l'investigateur : Test

Références patients

- Nom de naissance patient(e) : TEST
- Prénom patient(e) : TEST
- Sexe : Masculin Féminin
- Date de naissance : 18/2000 mm/yyyy
- Âge calculé : 20 ans
- Numéro d'inclusion dans le centre : 120
- Date d'inclusion : 10/02/2020 mm/yyyy
- Activités professionnelles : Inactif

Enregistrer Valider

Module Intervention

Le module Intervention repose sur un formulaire unique et constitue un élément clé du registre en intégrant le compte rendu opératoire.

Il permet une saisie standardisée des informations essentielles relatives à chaque acte chirurgical.

La section Données générales de l'intervention recueille notamment la date de l'intervention, le temps opératoire et le nombre de chirurgiens présents. La section Données techniques du geste documente les aspects du geste opératoire, notamment le type d'exérèse tumorale réalisée (par exemple laryngectomie ou pharyngolaryngectomie), le type de curage, la reconstruction (mode de fermeture du pharynx), l'utilisation éventuelle d'un implant phonatoire, de lambeaux ou de shunts salivaires, ainsi que le système de drainage et la réalisation d'un pansement compressif.

Données techniques du geste

- Quel type d'exérèse tumorale a-t-elle été effectuée ?
 - Laryngectomie totale
 - Pharyngolaryngectomie totale
 - Pharyngobaryngectomie totale et circulaires
- Quel type de curage a été réalisé ?
 - Aucun
 - Unilatéral partiel (< 2 zones)
 - Unilatéral complet (> 2 zones)
 - Bilatéral partiel (< 2 zones)
 - Bilatéral complet (> 2 zones)
- Est-ce qu'un geste sur la thyroïde a été réalisé ?
 - Non aucun
 - Oui : Lobectomie
 - Oui : Thyroïdectomie totale
- Comment le pharynx a-t-il été fermé ?
 - Points séparés
 - Surlit
 - Agrafes
 - Autre
- Est-ce qu'un implant phonatoire a été posé ?
 - Oui
 - Non
 - NR
- Est-ce qu'un lambeau a été nécessaire ?
 - Oui
 - Non
 - NR
- Est-ce qu'un shunt salivaire a été mis en place ?
 - Oui
 - Non
 - NR
- Quel est le système de drainage ?
 - Flédon
 - Lame
 - Aucun
 - Autre
- Est-ce qu'un pansement compressif a été réalisé ?
 - Oui
 - Non
 - NR

Veillez enregistrer, puis cliquez sur le lien ci-dessous pour générer un compte rendu opératoire.

[Compte rendu opératoire | Intervention](#)

Suivi post-opératoire (3 et 12 mois)

Ce module permet d'évaluer l'évolution des patients à 3 mois (± 1 mois) après chirurgie. Il mesure le statut vital et oncologique, en documentant notamment la survie, les récurrences/progressions et leurs dates, ainsi que le statut fonctionnel à travers le poids, l'indice de masse corporelle (IMC), les moyens de communication utilisés par le patient (voix œsophagienne, prothèse phonatoire, laryngophone, autre) et les modalités d'alimentation per os ou entérale. Il enregistre également la poursuite de la consommation de tabac, des éléments importants pour suivre l'état de santé global dans le cadre du suivi post-opératoire recommandé typiquement autour de trois mois après chirurgie.

The image displays two screenshots of the eCRF web interface for post-operative follow-up. The left screenshot shows the 'Suivi à 3 mois (+/- 1 mois) de la chirurgie sur le plan oncologique' and 'Suivi à 3 mois (+/- 1 mois) de la chirurgie sur le plan fonctionnel' sections. The right screenshot shows the 'Suivi à 1 an' section, including 'Statut à 1 an de suivi' and 'Suivi à 12 mois (+/- 2 mois) de la chirurgie sur le plan fonctionnel'.

RETAVIR

Le registre RETAVIR s'intéresse aux séquelles qui peuvent survenir après une hospitalisation en réanimation, car de nombreux patients développent un syndrome post-réanimation caractérisé par des troubles physiques, psychologiques ou cognitifs persistants longtemps.

Le registre RETAVIR a été mis en production le 1^{er} janvier 2026.

Il comprend 5 modules : Identification, Données à l'admission, Séjour en réanimation, Sortie de réanimation et Suivi post-réanimation. Ce dernier intègre les questionnaires HAD-S, PCL-5 et WHOQOL-BREF, envoyés aux patients via un système d'ePRO (*Electronic Patient Reported Outcome*), qui permet de collecter électroniquement les informations saisies directement par les patients sur leur santé, leurs symptômes ou leur qualité de vie à l'aide d'outils numériques. Ce mode de recueil sécurisé améliore la précision et la complétude des données, tout en favorisant une saisie en temps réel.

<p>RETAVIR</p> <ul style="list-style-type: none"> [-] Identification <ul style="list-style-type: none"> [+] Identification [-] Données à l'admission <ul style="list-style-type: none"> [+] Parcours / motif principal d'admission [-] Séjour en réanimation <ul style="list-style-type: none"> [+] Séjour en réanimation [-] Sortie de réanimation <ul style="list-style-type: none"> [+] Parcours patient [-] Suivi post-réanimation <ul style="list-style-type: none"> [+] Suivi post-réanimation [+] Questionnaire HAD-S [+] Questionnaire PCL-5 [+] Questionnaire WHOQOL-BREF [-] Langues (fr) 	<p>Nom de l'étude : RETAVIR</p> <p>Support : eCRF WEB</p> <p>Etat de l'étude : En production</p> <p>Version de l'étude : 174</p> <p>E-Mail de l'étude : ...</p> <p>Date de début : ...</p> <p>Date de fin : ...</p> <p>Détails en chiffres : Modules = 5 - Forms = 8 - Variables = 272 - Contraintes = 41</p> <p>Description : ...</p> <p>ePro : true</p>
---	--

RETAVIR a été conçu avec un paramétrage spécifique incluant des variables obligatoires et optionnelles afin de faciliter la saisie sans blocage et de limiter le temps de saisie à 15 minutes maximum.

Les contrôles de cohérence intègrent notamment des vérifications sur les dates : une date d'inclusion ne peut pas être postérieure à la date d'admission en réanimation.

Les champs numériques du registre ont été configurés avec des plages de valeurs autorisées et des contrôles automatisés en temps réel pour valider les saisies. En cas de dépassement des limites définies, un message d'alerte explicite est affiché pour guider l'utilisateur. Ce dispositif améliore significativement la qualité et la fiabilité des données dès leur enregistrement.

Visualisation du registre en ligne

Dans le formulaire Parcours / motif principal d'admission, des liens interactifs ont été intégrés pour faciliter le calcul de plusieurs scores cliniques utilisés en réanimation : le score IGS2, le score SOFA à l'admission et le score de fragilité CFS. En cliquant sur ces liens, des fenêtres Web externes s'ouvrent, permettant d'effectuer ces calculs en dehors du registre. Ces solutions ont été mises en place pour simplifier et accélérer la saisie des scores, tout en allégeant le registre et en évitant de multiplier des calculs complexes directement dans l'interface.

RENAVO-TEL

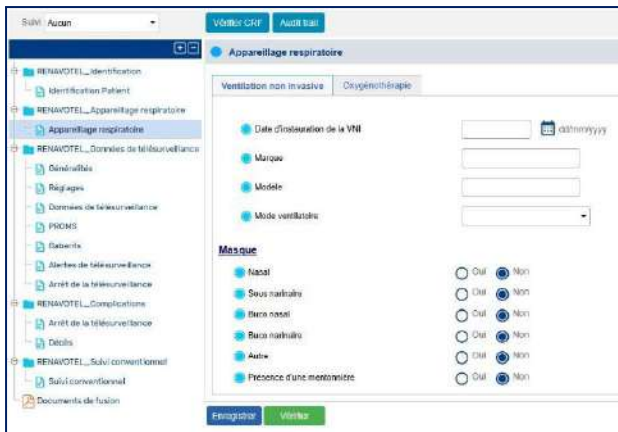
Le registre RENAVO-TEL est un projet national visant à centraliser les données des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique et suivis à domicile avec ventilation non invasive et/ou oxygénothérapie grâce à la télésurveillance.

Son objectif est d'identifier des indicateurs précoces de dégradation clinique, d'améliorer la compréhension de l'évolution de l'état respiratoire et de mesurer l'impact réel des recommandations actuelles sur l'utilisation des appareils et la qualité de vie des patients. En offrant une vision globale des pratiques et des résultats, ce registre pourrait aider à optimiser la prise en charge des patients et à ajuster les lignes directrices médicales.



- Le module Identification du patient regroupe l'ensemble des informations essentielles permettant de caractériser chaque personne incluse dans le registre.
- Le module Appareillage respiratoire enregistre les dispositifs de VNI et d'oxygénothérapie : dates de mise en place , caractéristiques des appareils (marque, modèle, mode), types de masques/dispositifs, paramètres prescrits et usage (longue durée ou déambulation), pour assurer le suivi des traitements dans le registre.
- Le module Données de télésurveillance regroupe les paramètres respiratoires collectés à distance en mode tableaux ainsi que les informations sur le PSDM (nom) et le ventilateur utilisé (marque, modèle) et les pathologies associées. Il permet de suivre l'efficacité des dispositifs et la dynamique respiratoire dans le cadre de la télésurveillance.
- Le module Complications recense les événements indésirables ou complications liés à la prise en charge respiratoire (ex. infections, hospitalisations, exacerbations, effets secondaires des dispositifs), afin de suivre leur fréquence, leur nature et leur impact clinique dans le registre.
- Le module Suivi conventionnel regroupe les gazométries artérielles réalisées en suivi standard et les données nocturnes issues des examens (par ex. saturation, événements respiratoires), pour évaluer l'état ventilatoire et oxygénique des patients en dehors de la télésurveillance.

Ce registre est en phase de test, son architecture a été validée par le médecin coordonnateur.



Il est prévu que le registre intègre des données issues de dispositifs médicaux numériques (DMN). L'intégration de ces données de vie réelle dans le registre permettra d'assurer un suivi précis de l'évolution clinique des patients en dehors des consultations traditionnelles.

Cette approche renforcera la compréhension des trajectoires de santé des patients, enrichira l'exploitation des données à des fins d'analyse clinique et de recherche, et contribuera à l'amélioration continue des pratiques de soins

L'objectif est de fusionner les données cliniques conventionnelles et les données télésurveillées, offrant ainsi une meilleure compréhension des profils de patients insuffisants respiratoires chroniques, plus particulièrement ceux relevant des indications d'insuffisance respiratoire grave inscrites au régime d'affections de longue durée.

Les évolutions apportées aux registres de la première vague

Intégration d'une section « chirurgie colique » dans le registre AGEARISK avec affichage conditionnel

Une section dédiée à la chirurgie colique a été intégrée au registre AGEARISK grâce à un paramétrage spécifique. En pratique, elle s'est traduite par l'ajout de 1 032 variables et 107 règles d'affichage conditionnel réparties entre plusieurs modules du registre (Traitements, Évaluation préopératoire, Nutrition préopératoire, Chirurgie, Périopératoire, Postopératoire, En SSPI, Parcours et Sortie, et Complications postopératoires).

Ces modules sont automatiquement activés lorsqu'un médecin déclare, dans le module d'identification patient du slot AGEARISK, qu'une intervention est prévue pour une chirurgie colique. Cette nouvelle section est actuellement en phase de test avant validation finale et mise en production.

Création d'un numéro d'inclusion dans FRAN

Le registre a bénéficié d'une importante modification au début de l'année 2025. Il s'agit de l'item « N° Patient bCAN ». Il permet de saisir un numéro d'inclusion de recherche sous le format BCAN-XX-YYY (XX : numéro à 2 chiffres de 01 à 99, YYY : numéro à 3 chiffres de 001 à 999). Cet ajout a pour objectif de faire le lien avec la biocol et les images d'une étude nommée *bCAN (RIPH 2)*.

Extrait de l'item N° Patient bCAN

IDENTIFICATION DU PATIENT

- Centre
- N° de centre
- N° Patient FRAN
- N° Patient bCAN
- NOM**
- Prénom
- Sexe
- Nom de naissance
- Date de naissance
- Code INSEE lieu de naissance

ISSY-LES-MOULINEAUX - FSM - TEST

001

1

45-02

45-020

45-021

45-022

45-023

45-024 Féminin

45-025

45-026

45-027 dd/mm/yyyy

45-028

45-029

Intégration du PHRC ANIS dans le registre FVSR

Le comité de pilotage du registre a décidé de « greffer » des études sur le registre FVSR afin de faciliter leur mise en œuvre et d'améliorer la qualité des données recueillies. Un premier PHRC, intitulé ANIS, a été déployé selon ce principe. Le promoteur est le CHU de Rouen. Ce PHRC porte sur la stratégie anti-infectieuse postopératoire après duodéno pancréatectomie céphalique chez des patients porteurs d'un stent biliaire préopératoire.

Des hyperliens ont été implémentés dans le registre FVSR, au sein du formulaire général, pour créer une liaison avec l'étude ANIS. Lorsqu'un médecin répond « Oui » à la question relative à l'essai clinique et sélectionne ANIS, le système attribue automatiquement une référence patient dans l'étude ANIS et crée son dossier correspondant dans cet environnement. En cliquant sur un hyperlien, l'utilisateur est directement redirigé vers l'interface de l'étude ANIS, ce qui permet une navigation fluide entre les deux bases sans ressaisie des données.

Une fois le patient inclus dans l'étude ANIS, un mécanisme d'interopérabilité permet de transférer automatiquement vers le registre FVSR les données communes aux deux environnements. La mise en production du PHRC ANIS est prévue pour la fin du mois de février 2026, elle sera suivie de l'activation effective du transfert automatique des données.

Intégration d'un module de suivi itératif et d'un compte rendu opératoire dynamique dans le registre FRI Report 2

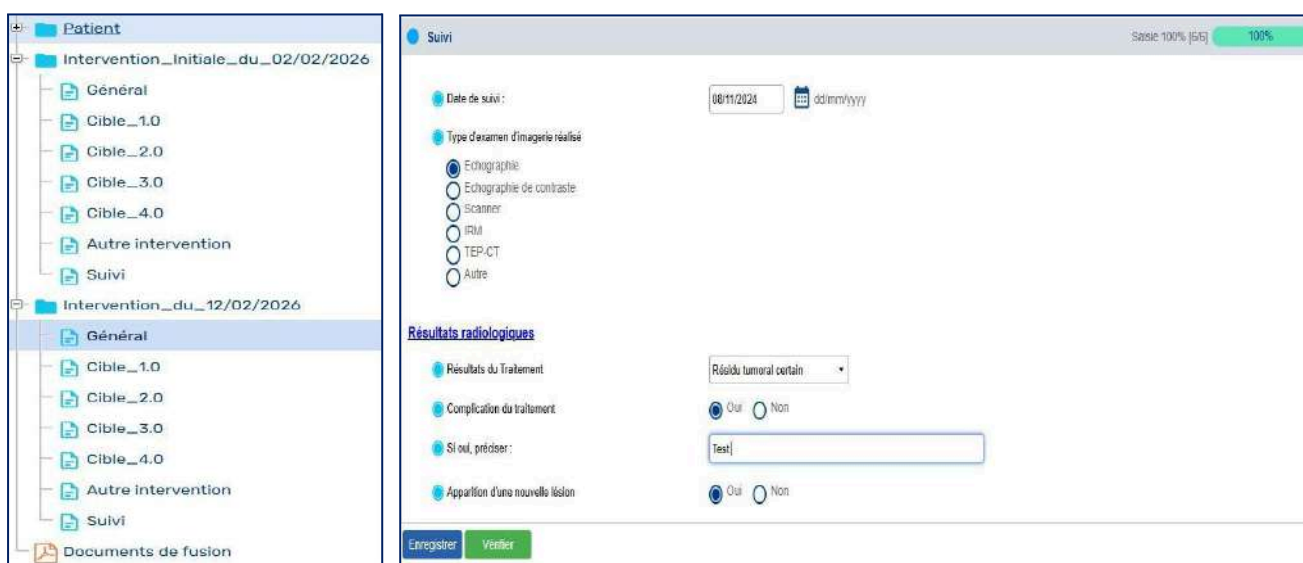
Le module de suivi itératif permet d'enregistrer de façon standardisée les évaluations cliniques et radiologiques à chaque visite, ainsi que le suivi des interventions et des quatre cibles avec plusieurs enregistrements par patient. Un compte rendu opératoire dynamique a également été intégré.

Lorsque certaines réponses dans le module de suivi indiquent des situations cliniques particulières, un module d'intervention dynamique s'active automatiquement. Ce module, étroitement intégré au registre, permet de documenter de façon détaillée chaque acte interventionnel par organe, avec un Compte Rendu Opératoire (CRO) dynamique associé.

Ce CRO dynamique organise et trace toutes les données liées à l'intervention (technique opératoire, déroulement, paramètres per-opératoires et les complications), assurant une traçabilité complète et une continuité avec le suivi clinique et radiologique.

Module de Suivi – Suivi longitudinal du patient

Un module de suivi est intégré au registre afin de documenter les informations recueillies à chaque visite ou réévaluation. Ce module est structuré pour permettre plusieurs enregistrements par patient.



Compte Rendu Opératoire Dynamique

Le registre intègre également un module dynamique d'intervention, activé de manière conditionnelle selon les réponses du module de suivi. Ce module permet :

- la saisie en temps réel des interventions chirurgicales ou procédures réalisées.
- la documentation des événements per-opératoires et des complications éventuelles.
- l'édition d'un compte rendu opératoire (CRO) dynamique associé à chaque organe concerné.

Les variables en rouge correspondent aux réponses saisies dans le registre, à droite, elles sont retranscrites dans le CRO final, un document Word qui peut être modifié.

Patient N°: \${V_NUMPAT}. Prénom: \${V_PRENOMFR} Nom: \${V_NOMFR}	Patient N°: 67. Prénom: *** Nom: ***
<p>Nom du patient: \${V_NOMFR} Prénom du patient: \${V_PRENOMFR} Date de naissance: \${V_DATNAISFR} Date intervention: \${V_DT_INTERVEN} Age: \${V_AGE} Accord du patient pour participer au Registre FRI report: \${V_ACCORD_PAT} Praticien: \${V_PRACTICIEN2} Indication: \${V_INDICATION1} \${V_AUTINDICAT} Nombre d'Organes traités en même temps: \${V_NBORGANETR1} Nombre de cibles: \${V_ND_CIBLE} Présence d'anesthésiste: \${V_PRESANESTHES1} Type d'anesthésie: \${V_ANESTHESIED1}</p> <p>Cible: 1 Cible: \${V_ORGANESCIBL1} \${V_CRO1_ANATOMOPATHO} \${V_FOIEABATOMOPATH1} \${V_ANATORENS1} \${V_THORAXANATOMO1} \${V_AUTREANATOF1} \${V_AURPRCINEZ1} \${V_AUTANATOREIN1} \${V_CRO1_CONTEXTTHERAPT} \${V_OSTEOCONTEXTETHRAP1} Type de Lésion: \${V_TYPLESIONF1} \${V_FOIERECIDIV1} \${V_CCHILDPUHSC1} \${V_TYPLESIONOAS1} \${V_TYPLESION1} \${V_THORAXRECIDIV1} \${V_TYPLSIONREIN1} \${V_REINRECIDIV1} \${V_CRO1_REIN7} \${V_FOIIDIAMLISION1} \${V_OSTOORNDIAMI} \${V_THXORANDIAMI} \${V_CRO1_REIN8} \${V_CRO1_LOCA6} \${V_FOIOLOCALISATION1} \${V_COTELOCALTHORI} \${V_TXSGMENT1} \${V_TXSGMENT1G1} \${V_LOCALISATIONOS1} \${V_ATLOCOS} \${V_CRO_MSG PROX1} \${V_CRO1_REIN5} \${V_CRO1_REIN6} \${V_REINALPORDIAMI} \${V_CRO1_REIN1} \${V_EXOPHYTH1} \${V_CRO1_REIN2} \${V_REINPROXVOIESCR1} \${V_CRO1_REIN3} \${V_REINANTPOST1} \${V_CRO1_REIN4} \${V_REINTOPOGRAPHIE1}</p> <p>Modalités DTP: \${V_MODALITSDTP1} Aiguille marquée: \${V_AIGUILLEMARQRADIO1} \${V_AIGUILLEM_C1} \${V_AIGUILMARK_CC1} Nombre d'aiguilles: \${V_NBAIGUILERADIO1} \${V_NBAIGUILSMICR1} \${V_NBAIGUILSCRYB1}</p> <p>Technique d'imagerie (guidage): \${V_TECMAG1} \${V_AUTRETECHIMG1} Technique de fusion: \${V_TECFUSION1} \${V_AUTRETECHFUSIO1} Aide au guidage: \${V_SYSTMGUIDAUT1} \${V_AUTSYSTMGUIDAG1} Technique de protection: \${V_DISSECTION_C1} \${V_C1SIOUIDISSECTION} \${V_PREGAUTREDISSECT1} \${V_OSPCTSKIBQ1}</p> <p>Résultats immédiats Imagerie de contrôle: \${V_IMGCONTRPOSTABL1} \${V_PRECIMAG1} Résultats radiologiques: \${V_RESULTATRADIO1} \${V_AUTCOMPRADIO_1} \${V_CRO_MSG1} \${V_COMPTHEMEDIATES1} \${V_CRO_MSG2} \${V_COMPTHEMEDIATES1} \${V_CRO_MSG2R} \${V_COMPLRNALES1} \${V_CRO_MSGTHX1} \${V_COMPTHEMEDIATES1} \${V_CRO_MSG2OS1} \${V_COMPOSES11}</p>	<p>Nom du patient: *** Prénom du patient: *** Date de naissance: 26/09/1949 Date intervention: 19/06/2025 Age: 75 Accord du patient pour participer au Registre FRI report: Oui Praticien: NOVELLAS Indication: Traitement curatif Nombre d'Organes traités en même temps: 1 Nombre de cibles: 1 Présence d'anesthésiste: Oui Type d'anesthésie: Anesthésie générale</p> <p>Cible: 1 Cible: Foie Anatomopathologie: CHC sur cirrhose</p> <p>Type de Lésion: De novo Child-Pugh A Diamètre maximal de la lésion: 22mm Localisation: Segment VII</p> <p>Modalité(s) DTP: Micro-ondes Aiguille marquée: Angiodynamics Nombre d'aiguilles: 1</p> <p>Technique d'imagerie (guidage): Echographie Guidage radiologique Technique de fusion: Aucune Aide au guidage: Aucune Technique de protection: Non</p> <p>Résultats immédiats Imagerie de contrôle: Oui échographie Résultats radiologiques: Traitement complet Complications immédiates: Non</p> <p>Conclusions Cible 1: Foie Localisation: Segment VII Patient présentant une lésion CHC sur cirrhose De 22mm Traitement par Micro-ondes Résultat: Traitement complet</p>

Les modifications apportées au registre REANIS SAFE

Ce registre a fait l'objet de modifications conséquentes à l'initiative du Dr Pouessel et du comité de pilotage. Ces évolutions ont été mises en place pour améliorer l'ergonomie générale, enrichir les modules de saisie, intégrer de nouvelles variables cliniques pertinentes, et renforcer les fonctionnalités afin de faciliter l'utilisation par les praticiens tout en optimisant la qualité et la cohérence des données recueillies.

Le registre est actuellement en phase de test.

Module : Information



Présentation du projet de registre de pratiques

L'anaphylaxie est un problème de santé publique dans les pays en développement en raison du nombre croissant de cas sévères, à tout âge, sans en comprendre précisément les causes. En France, il n'existe pas de registre des cas d'anaphylaxie sévère.

En 2022, le Conseil National Professionnel d'Allergologie (CNPA) a déposé un avis à projets de la Fédération des Spécialités Médicales dans le cadre de « Grands défis pour l'amélioration des diagnostics médicaux à l'aide de l'intelligence artificielle ».

Le CNPA en partenariat avec la Société Française d'Allergologie a été retenu pour la constitution d'un registre de l'anaphylaxie sévère en France : c'est le projet SAFE (Severe Anaphylaxis in France Network).

Il existe peu de registres sur l'anaphylaxie dans le monde et nous devons réunir des données majeures pour mieux comprendre et prévenir les allergies graves.

Les objectifs du registre des cas d'anaphylaxie sévère sont :

Notre registre aura des objectifs multiples :

- générer des données épidémiologiques originales
- évaluer l'impact de recommandations,
- améliorer nos pratiques de santé
- alerter la communauté scientifique, les pouvoirs publics et le grand public
- proposer des stratégies de prévention,
- structurer le suivi des patients avec une anaphylaxie sévère.

De manière tout à fait originale, de nombreux partenaires sont impliqués dans le registre SAFE, dans le domaine de l'allergologie, l'urgence pré-hospitalière et hospitalière, la réanimation, mais aussi les réseaux de soins et de santé publique.

Les objectifs du registre des cas d'anaphylaxie sévère sont :

Notre registre aura des objectifs multiples :

- générer des données épidémiologiques originales
- évaluer l'impact de recommandations,
- améliorer nos pratiques de santé
- alerter la communauté scientifique, les pouvoirs publics et le grand public
- proposer des stratégies de prévention,
- structurer le suivi des patients avec une anaphylaxie sévère.

De manière tout à fait originale, de nombreux partenaires sont impliqués dans le registre SAFE, dans le domaine de l'allergologie, l'urgence pré-hospitalière et hospitalière, la réanimation, mais aussi les réseaux de soins et de santé publique.

Document à consulter :

Cliquez sur le lien pour accéder aux informations du registre

Informations du registre

↳ Non disponible

Cliquez sur le lien pour accéder au Résumé du registre de l'anaphylaxie sévère en France : le projet SAFE

Résumé du registre de l'anaphylaxie

↳ Non disponible

Cliquez sur le lien pour consulter les objectifs du registre SAFE.

Les objectifs du registre SAFE

↳ Non disponible

● LE DÉVELOPPEMENT DE REGISTRES HORS DU CADRE DU GRAND DÉFI

Trois nouveaux registres portés par le CNP des Maladies Infectieuses et Tropicales ont été acceptés par le comité Registres et Systèmes d'information lors de sa réunion en mai 2025. Leur mise en place a débuté en fin d'année.

Le premier projet concerne l'antibiothérapie de l'endocardite infectieuse. L'objectif est de constituer un registre pérenne des endocardites infectieuses prises en charge par des infectiologues pour le suivi des traitements antibiotiques qui font l'objet d'évolution récente. Le CNP prévoit une incitation à la participation des médecins afin de se conformer au bloc 2 de la certification périodique.

Le deuxième projet concerne la nocardiose dont l'incidence et l'évolution sont peu connues. L'objectif est de pouvoir améliorer la prise en charge notamment par l'évaluation de la place de la maladie sur la qualité de vie du patient, l'aide à la prise de décision des cliniciens et le développement de projets de recherche. Le Comité de pilotage a déjà identifié une centaine de centres participants. Il prévoit de mettre en lien infectiologues et microbiologistes.

Le troisième projet de registre vise à suivre le traitement de certaines formes graves aiguës de COVID chez les patients immunodéprimés par la transfusion de sérum de patients guéris du COVID.

● LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX REGISTRES EXISTANTS

Le suivi des registres qui étaient déjà en production a parfois conduit à des ajustements majeurs, issus des retours des utilisateurs et de l'analyse des données collectées par les responsables. Certaines évolutions ont consisté à ajouter de nouveaux items jugés pertinents au regard des pratiques ou des besoins scientifiques émergents (nouvelles études). À l'inverse, des items rarement renseignés ou peu exploitables ont été supprimés afin de simplifier la saisie, d'alléger les formulaires et d'améliorer la qualité globale des données.

Ces adaptations continues permettent d'optimiser les registres et de renforcer leur pertinence scientifique.

L'évolution de TUMAX et la création du registre de la Chirurgie Maxillo Faciale

Porté par le CNP de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et de Chirurgie Orale Médicale, le registre des tumeurs bénignes rares (TUMAX) vise à établir des critères diagnostiques et prédictifs ainsi qu'à faire évoluer les recommandations sur les modalités de prise en charge optimisant la qualité de vie des patients (anticipation de conséquences psychologiques, éducation thérapeutique).

Il a été mis en place à la fin de l'année 2024 et a été véritablement développé au cours de l'année 2025. Il est désormais intégré au registre de la spécialité qui comprend déjà un module concernant les

prothèses d'articulation temporo-mandibulaires (ATM). Les deux sous-registres partagent le même formulaire pour la collecte des données personnelles des patients.

En sélectionnant Tumax, le médecin pourra remplir les formulaires dédiés :

Date de création 24/02/2026 dd/mm/yyyy
 Que voulez vous remplir ATM Prothèse Tumax

Il est constitué d'un premier formulaire permettant de collecter des informations socio-démographiques relatives au patient pour poser ensuite un ou plusieurs diagnostics, en documentant la découverte, les signes, symptômes, examens d'imagerie, ainsi que les caractéristiques de la lésion dentaire ou maxillo-faciale.

Deux formulaires instanciables : Diagnostic et Traitement



Deux extraits du formulaire Diagnostic

Imagerie

Type d'imagerie réalisée OPG CBCT CT IRM

Caractéristiques de la lésion :

Aspect Radio-clair Radio-opaque Mixte Non spécifié

Forme Uniloculaire Multiloculaire Non spécifié

Imagenos tommies Oui Non

Diagnostic pré-opératoire

Biopsie Oui Non

Diagnostic (tumeurs bénignes) [dropdown]

Diagnostic (tumeurs malignes) [dropdown]

Remplir uniquement en cas de transformation maligne

Testing moléculaire BRAF Réarrangement EVSR1 Non spécifié Autre

Date de diagnostic [input] dd/mm/yyyy

Découverte fortuite Oui Non Non spécifié

Mode d'adressage

Médecin traitant

Autre spécialiste médical

Chirurgien dentiste

Autre

Signes et symptômes

Déformation Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Douleur Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Mobilité dentaire Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Retard d'éruption dentaire Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Troubles sensitifs (trijumeau) Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Infection Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Compression ou extension aux parties molles Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Fracture pathologique Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Limitation d'ouverture buccale Signe d'appel Examen clinique Non spécifié

Autres symptômes [input]

Durée d'évolution [input] mois

Localisation anatomique

Maxillaire Oui Non

Mandibule Oui Non

Massif facial Oui Non

Extension aux tissus mous Oui Non

Taille de la lésion si connue [input] mm

La finalisation de COLOPROCTOBASE

Le registre COLOPROCTOBASE qui vise à recueillir les interventions colo-proctologiques est passé en production en décembre 2025.

L'arborescence de Coloproctobase est particulièrement étendue, avec pas moins de 13 modules et 81 formulaires, ce qui en fait le registre comportant le plus grand nombre d'items.

Cela s'explique car il couvre trois types de chirurgies : hémorroïdaire, neuromodulation et rectopexie. Chacune de ces chirurgies est accompagnée de plusieurs questionnaires patients, allant de la visite préopératoire jusqu'au suivi post-opératoire à 10 ans.

Identification chirurgien

<input checked="" type="radio"/> Nom de l'investigateur	THERTULIEN Don Melin Lorensky
<input type="radio"/> Numéro RPPS	10100221298
<input type="radio"/> Adresse du cabinet / lieu de consultation de l'investigateur	6 rue du 4 septembre
<input type="radio"/> Téléphone du cabinet / lieu de consultation de l'investigateur	06 46 40 24 50
<input type="radio"/> Adresse de la structure où est réalisée la chirurgie	3 rue de la structure
<input type="radio"/> Année de naissance de l'investigateur	2004
<input type="radio"/> Téléphone de la structure où est réalisée la chirurgie	07 69 58 5 962
<input type="radio"/> Description du bloc pudendal	Bloc pudendal descp
<input type="radio"/> Téléphone à appeler en cas d'urgence	06 96 32 65 47
<input type="radio"/> Sexe	M
<input type="radio"/> Année d'obtention du diplôme de Docteur	2021
<input type="radio"/> Année de début internat	
<input type="radio"/> Numéro FINESS	123456999

Ce registre est le seul à intégrer à la fois des questionnaires patients (ePRO) et des comptes-rendus opératoires (CRO). Ces derniers permettent aux médecins de générer automatiquement des comptes-rendus de leurs interventions au format Word à partir des données saisies dans Cleanweb, leur évitant ainsi de les ressaisir manuellement.

Le formulaire médecin se remplit automatiquement à la connexion grâce à un thésaurus, évitant au médecin de ressaisir les mêmes informations pour chaque patient.

E PRO

Les questionnaires patients sont programmés pour être envoyés automatiquement par mail ou SMS. Le questionnaire pré-opératoire est transmis au patient après la création de son espace personnel, à partir de la date de la visite pré-opératoire saisie par le médecin. Les questionnaires post-opératoires sont envoyés selon le calendrier défini dès la saisie de la date de la chirurgie. Le chirurgien a accès à une section *Planning* dans laquelle il peut suivre les questionnaires à venir, en retard, non remplis ainsi que ceux déjà complétés. Il a également la possibilité de les remplir avec le patient.

Référence patient	Type	Date théorique	Date effectuée	Déviatio	Statut
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	1 - hemo_V_PO		14/01/2026		Rempli
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	2 - hemo_Q_PO	14/01/2026			Non rempli
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	3 - hemo_chir		06/02/2026		Rempli
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	4 - hemo_Q_J7	13/02/2026			Non rempli
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	5 - hemo_Q_J15	21/02/2026			En retard
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	6 - hemo_Q_J45	23/03/2026			A venir
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	7 - hemo_Q_M3	08/05/2026			A venir
<input type="checkbox"/> 750150104.00000002	8 - hemo_Q_1a	06/02/2027			A venir

Second import de données et création d'une section dédiée à l'EndoSleeve dans EPIBAR

Une mise à jour a été réalisée dans le registre de la chirurgie de l'obésité avec l'ajout d'une section dédiée à la technique de l'EndoSleeve. Cette section permet de détailler le type de dispositif de suture utilisé, le temps opératoire, le pattern et le nombre de sutures effectuées. Elle enregistre également les événements indésirables intra-opératoires et les éventuelles défaillances techniques du système. Le type d'anesthésie et la modalité de la procédure (ambulatoire ou hospitalisation) sont également renseignés.

Endosleeve

● **Type de dispositif de suture utilisé**

OverStitch (Boston scientific)
 Endomina (endotools thérapeutique)
 POSE 2.0 (usgi médical)

● **Temps opératoire** min

● **Pattern des sutures**

Suture en U
 Suture en Z
 Suture en X
 Suture en ligne droite

● **Nombre de sutures effectuées**

● **Nombre des sutures supplémentaires le cas échéant**

● **Événements indésirables intra-opératoires** Non Oui

● **Si oui (plusieurs choix possibles) :**

Perforation gastrique
 Saignements actifs
 Perte de visibilité/Mauvaise orientation
 Aspiration involontaire de tissus non visés

● **Défaillance technique du système de suture** Non Oui

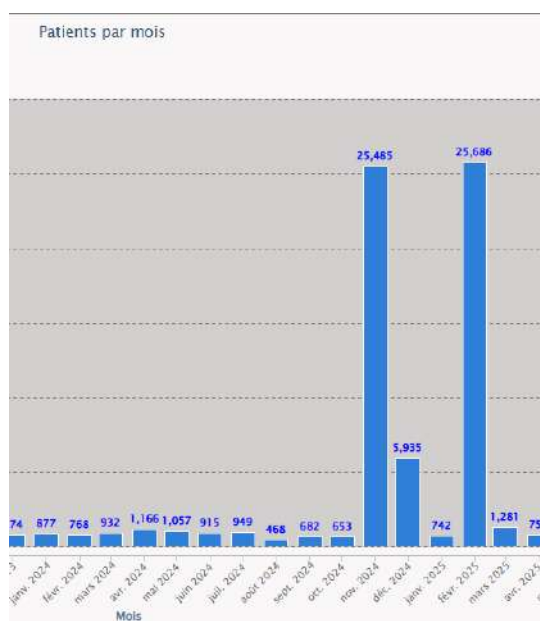
● **Si oui (plusieurs choix possibles) :**

Mauvais chargement des encre
 Mauvaise insertion
 Disfonctionnement du système

● **Type d'anesthésie** Générale Sédation

● **Procédure** Ambulatoire En hospitalisation

À la suite du premier import massif de données réalisé en novembre 2024, une deuxième vague d'import a été effectuée en février 2025, permettant de récupérer plus de 25 000 dossiers. Pour rappel, ces données étaient hébergées par le CHU de Nice et ont été transférées dans un processus long et complexe.



EPIBAR a bénéficié de plusieurs améliorations visant à renforcer les contrôles qualité lors de la saisie des données. Ces ajustements incluent l'affichage de messages d'erreur lorsque les bornes minimales ou maximales de poids (avant et après intervention), ainsi que de la taille ne sont pas respectées. De plus, la cohérence entre les dates est vérifiée. Par exemple, la date d'intervention doit être antérieure à la date de suivi. Enfin, à la soumission de chaque formulaire, un message d'alerte s'affiche si des items obligatoires n'ont pas été renseignés.

Depuis la mise en place de ces contrôles, il est possible de gérer de manière plus efficace les erreurs de saisie.

! Date de naissance dd/mm/yyyy

Attention, l'âge du patient ne doit pas être inférieur à 15 ans ni supérieur à 100 ans

● Sexe Masculin Féminin Transgenre

! Taille cm
Valeur maximum = 350

! Poids maximum atteint kg

Attention : veuillez saisir les données manquantes avant d'enregistrer

Intégration d'une étude dans EPICARD

L'étude BOXTER, gérée par le CHU de Nantes a été ajoutée à la liste des études intégrées dans le registre EPICARD.

Plusieurs items en lien à cette étude ont été ajoutés et modifiés dans plusieurs formulaires (DONNÉES PRÉOPÉRATOIRES - GÉNÉRALITÉS PEROPÉRATOIRES - PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE - SUIVI).

Délai DC par rapport à la 1ère
 Statut Intervention
 Date de la première intervention
 Nom de l'étude

Mini-sterno versus Sternotomie
 EFCAD
 Chaîne de l'Espoir France
 Chaîne de l'Espoir OPEX
BOXTER
 Autres

Traitement Anti-Arythmique Oui Non
 Si traitement Anti-Arythmique

AA classe I (Flécaïne)
 Antiarythmique Classe III (Amiodarone, Sotalol, Dronedarone)
 Bêtabloquant
 Autre

ATCD de Traitement de Trouble du rythme Oui Non
 Si ATCD de Traitement de Trouble du rythme

Isolation des veines pulmonaires
 Traitement de gradients électriques
 Segmentation de l'oreillette ("plan Marshall")
 Ablation flutter typique
 Ablation flutter atypique
 Cardioversion électrique

ECG Préopératoire

Rythme sinusal régulier
 Fibrillation auriculaire
 BAV
 BBG
 BBD

Suivi des interventions réalisées par les internes dans EPICARD CONGENITAL

Plusieurs onglets dédiés aux internes (Premier aide opératoire - Deuxième aide opératoires) ont été ajoutés dans le registre. Ils permettent de documenter les interventions réalisées, qu'elles soient complètes ou partielles. Ces onglets s'inspirent de l'onglet « Chirurgien en formation » présent dans EPICARD.

Intervention	Circulation extra-corporelle	ECMO	Contexte	Post-opératoire, Complications	Premier aide opératoire	Deuxième aide opératoire
<input checked="" type="radio"/> Intervention principale : groupe <div style="margin-left: 20px;"> <input type="text"/> </div>						
<input checked="" type="radio"/> Sous-groupes / Nom <div style="margin-left: 20px;"> <input type="text"/> </div>						
<input checked="" type="radio"/> Voie d'abord (ouverture) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sternotomie complète (ouverture) <input type="radio"/> Mini-Sternotomie <input type="radio"/> Abord sous-clavier <input type="radio"/> Thoracotomie antérieure <input type="radio"/> Thoracotomie latérale <input type="radio"/> Thoracotomie postéro-latérale <input type="radio"/> Scarpa Ouvert <input type="radio"/> Scarpa percutané <input type="radio"/> Voie sous-xyphoïdienne <input type="radio"/> Abord endovasculaire 						
C.E.C.						
<input checked="" type="radio"/> Mise en place de la CEC <div style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> Observé <input type="radio"/> Réalisation partielle <input type="radio"/> Réalisation complète </div>						
<input checked="" type="radio"/> Sevrage de la CEC <div style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> Observé <input type="radio"/> Réalisation partielle <input type="radio"/> Réalisation complète </div>						
Hémostase et fermeture (toutes voies d'abord)						
<input checked="" type="radio"/> Hémostase et fermeture (toutes voies d'abord) <div style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> Observé <input type="radio"/> Réalisation partielle <input type="radio"/> Réalisation complète </div>						

Mise à jour de la classification TNM dans EPITHOR

Le CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire a souhaité mettre à jour la classification TNM afin de prendre en compte la 9^e édition sortie fin 2024.

Le stade du cancer est désormais déterminé automatiquement à partir des valeurs T (tumeur), N (ganglions) et M (métastases) en appliquant le nouvel algorithme, qui combine ces paramètres pour attribuer le stade global (I à IV).

La mise à jour a eu lieu début 2025.

TNM préop

? T T1a ▾

? N N3 ▾

? M M1b ▾

Stade Préop

● cy

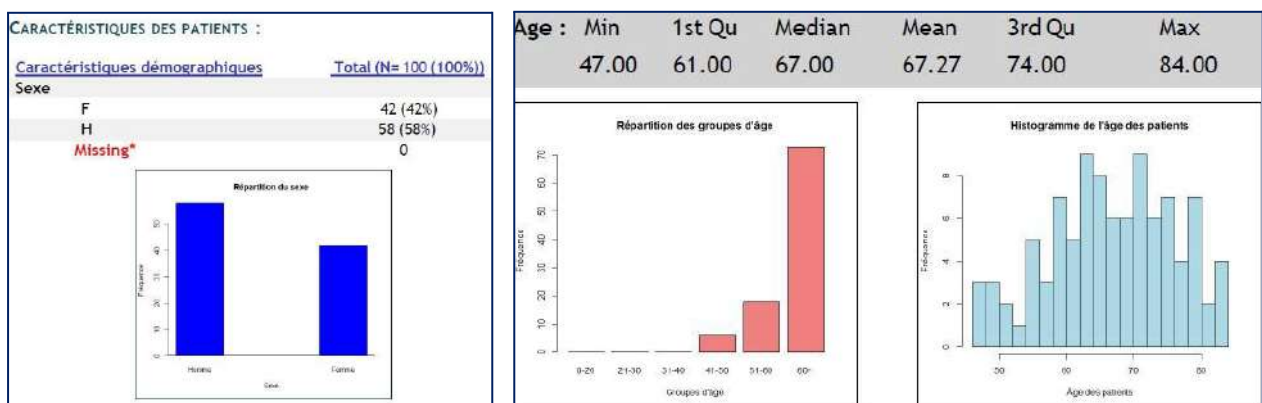
● Stade IV

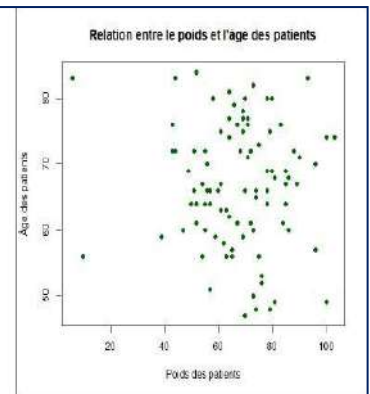
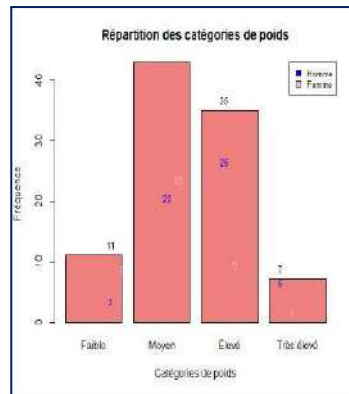
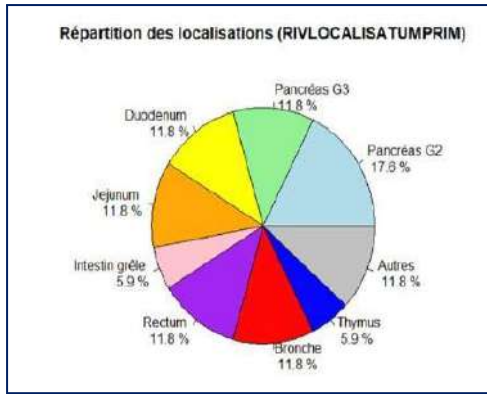
● PRODUCTION DE STATISTIQUES DESCRIPTIVES

EPILUNET

Un rapport statistique détaillé a été demandé par le Professeur Frédéric Courbon, coordonnateur du registre, afin d'analyser les données des patients atteints de tumeurs neuroendocrines traités par thérapie ciblée au ¹⁷⁷Lu-DOTATATE.

Exemples de graphiques statistiques présentés ci-dessous

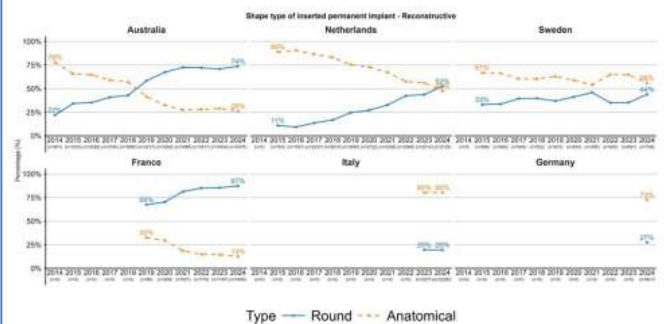
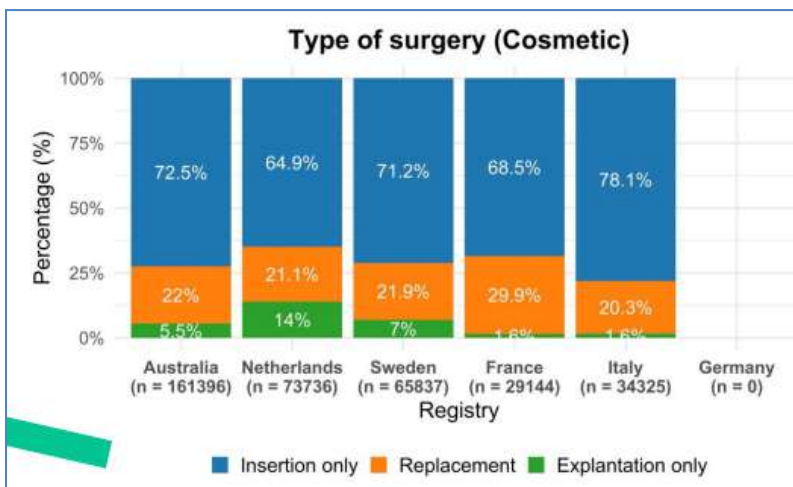




Le registre des IMPLANTS MAMMAIRES

Le Dr Benoit Couturaud, coordonnateur du registre Implants Mammaires, a demandé à la FSM de réaliser des analyses descriptives des données et de les transmettre à l'équipe qui gère les comparaisons internationales dans le cadre de l'initiative ICOPLAST, [Confédération Internationale des Sociétés de Chirurgie Plastique](#).

Les analyses réalisées ont permis de produire des graphiques comparatifs illustrant par exemple, les types d'interventions les plus fréquents ou encore l'évolution des caractéristiques des implants utilisés.



Conclusion

L'année 2025 a été caractérisée par la préparation de nombreux projets ce qui devrait permettre de porter de 20 à 30 le nombre de registres hébergés par la FSM en 2026.

Les 10 projets que la FSM s'était engagée à mettre en place dans le cadre du Grand défi pourront l'être.

La priorité en 2026 sera de développer des tableaux de bord dans des délais plus courts. Une organisation spécifique va être mise en place avec les équipes de Data services de la société Telemedicine Technologies. La formation des deux data managers de la FSM y contribuera également.

Un autre enjeu majeur reste de parvenir à tester la mise en place d'une alimentation automatique de tout ou partie des registres à partir de dossiers patients existants. La réponse en fin d'année à un appel à projets en collaboration avec la société Telemedicine Technologies représente une piste intéressante à ce titre.

COMITÉ CHIRURGIE ET ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES

Réunion 2025

- 30 septembre 2025

Composition du comité en 2025

Responsables du comité

Jean-Noël Argenson - CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Denis Prunet - CNP d'Urologie

Membres

Sophie Aufort – CNP de Radiologie et Imagerie Médicale

Marc Barthet – CNP d'Hépto-Gastro-Entérologie

Jean-Michel Bartoli – CNP de Radiologie et Imagerie Médicale

Stéphane Boisgard – CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Iliès Bouabdallah – Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

Julien Cabaton – CNP d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine Péri-Opératoire

Xavier Carcopino – CNP de Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale

Jacques Chevalier – CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire

Frédéric Chiche – CNP de Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale

Béatrice Cochener – CNP d'Ophtalmologie

Vincent Dedes – CNP d'Ophtalmologie

Laurence Destrieux – CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire

Erwan Genty – CNP d'ORL et CCF

Olivier Goëau-Brissonnière – CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire

Guillaume Gras-Combe – CNP de Neurochirurgie

Olivier Gronier – CNP d'Hépto-Gastro-Entérologie

Nicolas Guibert – CNP de Pneumologie

Hubert Johanet – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive

Michel Kindo – CNP de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

Olivier Langlois – CNP de Neurochirurgie

Jean-Charles Le Huec – CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Arnaud Manel – CNP d'Urologie

Muriel Mathonnet – CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive

Arnaud Méjean – CNP d'Urologie

Jacques Monségu – CNP Cardiovasculaire
Sylvain Morinière – CNP d'ORL et CCF
Olivier Traxer – CNP d'Urologie
Eric Van Belle – CNP Cardiovasculaire
Anne Wernet – CNP d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine Péri-Opératoire

Introduction

La composition du Comité Chirurgie et Activités interventionnelles a été renouvelée en 2025, les CNP représentant les spécialités chirurgicales ou les activités interventionnelles ont été invités à désigner leurs représentants.

Ce comité est animé par deux membres du bureau : Jean-Noël Argenson et Denis Prunet.

● LA CHIRURGIE HORS BLOC

La première réunion du comité a été consacrée à la chirurgie hors bloc.

L'objectif était d'essayer de définir quels en étaient les contours, quelles attentes elle suscitait et quels étaient les freins à son développement.

Le contexte

La chirurgie hors bloc est de plus en plus évoquée.

L'Académie de Chirurgie a initié une réflexion sur cette activité en 2024 en faisant le constat suivant :

- La chirurgie hors bloc concerne 10 des 12 spécialités chirurgicales
- 20% des actes chirurgicaux sont réalisés dans ce cadre aux Etats Unis
- Le potentiel des actes concernés en France est de 30%
- Elle permet d'optimiser le fonctionnement des blocs opératoires en diminuant les listes d'attente et en autonomisant les flux ultra-courts en dehors du bloc opératoire au bénéfice des patients
- Le Conseil d'Etat, par sa décision n° 423313 du 22 juillet 2020, autorise cette activité sous conditions
- Le décret n° 2021-454 du 15 avril 2021, autorise la réalisation de procédures instrumentales dans les centres de santé
- Si l'exclusivité des actes sous anesthésie générale et locorégionale est réservée aux médecins anesthésistes, les gestes sous anesthésie locale ou topique ne justifient pas le passage en salle de surveillance post interventionnelle et peuvent être réalisés par les chirurgiens
- L'expérience de plusieurs équipes françaises apparaît satisfaisante quant à la prise en charge des patients

Elle a décidé d'adresser un questionnaire en mai 2025 à chaque spécialité chirurgicale pour pouvoir dresser un état des lieux. 5 spécialités avaient répondu en septembre 2025.

La réflexion du comité sur les enjeux du développement de la chirurgie hors bloc

Les membres du comité ont convenu qu'il existait une réelle opportunité de développement de la chirurgie hors bloc pour certains actes réalisés sous anesthésie locale, et ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Mais l'expérience des différents participants a montré que la chirurgie hors bloc restait délicate à mettre en place :

- il n'y a pas de normes ni au niveau des locaux, ni au niveau du personnel.
- la question de la rémunération de cette activité n'est pas résolue. La facturation d'un séjour hospitalier serait disproportionnée. Mais à l'inverse, en soins externes, les FSE (forfaits sécurité environnement) sont trop faibles et ne couvrent pas les coûts de cette pratique : matériel utilisé au cours de la procédure, temps passé, coût de l'infrastructure.

Les discussions ont mis en évidence des enjeux importants :

- il ne faudrait pas revivre la situation de la chirurgie ambulatoire pour laquelle il a fallu plusieurs années pour que les règles soient définies. Cela doit inciter à proposer des solutions et un cadre pour favoriser le développement de la chirurgie hors bloc.
- néanmoins inciter les collègues à aller dans cette voie ne servirait à rien si les financements ne sont pas à la hauteur.
- le nombre d'actes concernés restera assez limité ce qui nécessitera vraisemblablement la mise en place d'organisations mutualisées, qui seraient l'équivalent de centres ambulatoires dans lesquels les spécialités seraient regroupées et les moyens mis en commun.
- il faut comprendre le positionnement de l'ensemble des acteurs : celui des personnels soignants, celui des établissements.

Jean-Noël Argenson et Denis Prunet ont conclu à la nécessité de :

- faire une relance auprès des CNP pour qu'ils répondent tous au questionnaire de l'Académie de Chirurgie en leur demandant de renvoyer leurs réponses à la FSM qui centralisera les réponses. Cela permettra de prendre en compte les différents gestes possibles par spécialité.
- recueillir l'avis des spécialités qui ont développé cette activité et n'étaient pas représentées lors de la réunion du comité : les chirurgiens maxillo-faciaux, les plasticiens, les ORL et les ophtalmologistes. Les hygiénistes seront aussi interrogés.

Ces deux étapes ont été considérées comme un préalable à la rédaction d'un document qui exprime la position de la FSM, au travers de la définition du concept d'unités de chirurgie hors bloc en envisageant un cadre en termes de personnel et de normes qui constituerait un plus petit commun dénominateur et ne serait pas trop contraignant. Il a été décidé d'organiser une demi-journée de travail dans cet objectif.

La chirurgie hors bloc opératoire (CHOB) en ORL : une révolution ?

La chirurgie hors bloc opératoire (« Office Surgery ») se définit comme une pratique chirurgicale en cabinet, pour des actes ne nécessitant pas l'intervention d'un anesthésiste. Cette pratique sous-entend que le chirurgien réalise lui-même l'anesthésie locale ou loco-régionale. Elle est déjà très installée outre-atlantique et n'a donc rien d'expérimental. En France, elle apparaît sous-développée et la raison en est simple : un modèle de financement défavorable. Ce qui est dommage car notre spécialité est particulièrement adaptée à cette forme de chirurgie, pour ne citer que la dermatologie de la face, l'otologie, la rhinologie ou encore les lésions cordales.

Avant l'évolution de la réglementation au début de l'automne 2020, la facturation d'un GHS pour des actes réalisés hors du bloc opératoire n'était pas possible. Cet état de fait a désormais évolué, avec la possibilité de facturer un GHS pour tout acte réalisé sous l'égide d'une autorisation de chirurgie dans un établissement de santé, dont le codage CCAM **permet** un code d'activité 4.

Pour autant, à ce jour, peu de chirurgiens en France ont fait entrer la CHOB dans leur cabinet libéral et ce pour des raisons logistiques et financières évidentes, la facturation d'un GHS ne leur étant pas accessible. Pourtant, des expériences importantes et démonstratives sont conduites en ORL par des équipes hospitalières de CHU (Marseille, Bordeaux, Tours, Nantes par exemple) facturant en GHS. A notre connaissance, en dehors de gestes banals mais fréquents propres à notre spécialité (pose de diablo, injection intratympanique, hémostase, biopsie, petite chirurgie cutanée) payés à l'acte, personne n'a franchi le pas qu'ont franchi nos collègues à l'étranger dans une écologie équivalente mais avec une valorisation tout autre.

Ses avantages

Les avantages de la CHOB sont évidents pour tous les acteurs concernés. Pour nos tutelles et les organismes payeurs la réduction considérable des coûts est motivante, presque alléchante ! On comprend dès lors l'intérêt qu'elles portent désormais au développement de cette pratique. Certaines ARS, comme celle de Nouvelle Aquitaine lancent des appels à projets régionaux pour stimuler et motiver les équipes.

Pour ce qui est du patient, les expériences déjà menées soulignent une évidente réduction du stress et un confort supérieur à la chirurgie dite « ambulatoire ». Son retour à domicile est accéléré et l'acte chirurgical n'est pas vécu très différemment d'un acte de chirurgie dentaire en cabinet. Et l'absence d'hospitalisation et de contraintes logistiques aide à le rassurer sur la bénignité du geste et sur les faibles risques encourus. La peur de l'anesthésie générale est effacée.

Pour le chirurgien, les avantages sont nombreux : unité de lieu, maîtrise totale de la programmation, absence de dépendance vis à vis d'un anesthésiste, bref une autonomie très appréciable pour lui.

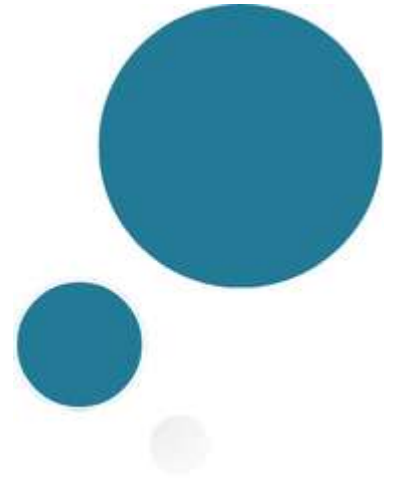
Ses inconvénients et contraintes

Seul face aux patients au moment de l'acte chirurgical, le chirurgien est donc en pleine responsabilité notamment en cas de mauvais contrôle de la douleur. Il l'est également en cas de complications locales ou générales. Il lui revient en outre l'intégralité de la logistique chirurgicale, que l'on parle de l'adaptation des locaux, de l'instrumentation, de la stérilisation, de la traçabilité, des effluents, du traitement de l'air ou de la gestion des déchets. Surtout, il travaille aujourd'hui dans un flou

réglementaire qui est inquiétant, notamment quand on parle des contraintes logistiques ou du traitement de l'air et de l'eau du local chirurgical. Les textes réglementaires applicables en établissements de soins sont précis mais sont difficilement applicables en cabinet libéral. S'il on souhaite développer cette approche, il devient donc nécessaire de rédiger une réglementation opposable spécifique à la CHOB, nécessairement adaptée au niveau de sévérité de l'acte programmé.

En imaginant que l'on dispose de textes clairs aisément transposables en cabinet libéral, la valorisation de l'acte ne pourra en aucun cas être celle que prévoit la CCAM !! Il faudra obligatoirement adapter la tarification afin qu'elle intègre les lourdes contraintes mentionnées plus haut, à la charge du chirurgien. Et pour l'heure rien n'est écrit. Seules les structures hospitalières arrivent à valoriser correctement ces actes relevant de la CHOB.

Le CNP est au travail sur cette thématique.



CONVENTIONS

Ministère de la Santé et de la Prévention
et Caisse Nationale d'Assurance Maladie p. 49

ANSM - Agence Nationale de la Sécurité
des Médicaments et des produits de santé p. 65

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE



Convention 2023 - 2027

La FSM a signé en mai 2023 une convention avec la CNAM et le Ministère de la Santé et de la Prévention qui couvre 5 ans.

Le montant de la dotation socle versée à la FSM pour l'année 2025 a été fixé par un arrêté en date du 26 août 2025. Elle s'élève à 400 000 €.

Un financement complémentaire de 42 993 € lui a été accordé au titre de la certification périodique.

Le montant total des financements reçus s'élève à 442 993 €.

Le préambule de la convention rappelle que :

- les CNP et leurs structures fédératives représentent des interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics pour leur expertise sur les questions relatives à la qualité des soins, à l'organisation et à l'exercice de la profession ou de la spécialité mais aussi plus largement sur les mesures relatives à la stratégie de transformation du système de santé (pertinence des soins, développement des pratiques avancées par exemple).
- la convention conclue avec l'Etat, conformément à l'article D. 4021-1-1 du code de la santé publique, se traduit par un concours financier de la CNAM qui doit représenter un levier afin que la FSM vienne en appui du Ministère pour la promotion et le déploiement des politiques publiques du champ de la santé.

● CINQ MISSIONS SONT CONFIÉES À LA FSM

CONTRIBUER A LA CONSOLIDATION DU DPC

L'engagement de la FSM doit se traduire en pratique par les actions suivantes :

- proposer les orientations prioritaires de développement professionnel continu prévues à l'article L.4021-2 du CSP ainsi que le parcours pluriannuel de développement professionnel continu défini à l'article L.4021.3 du CSP ;
- assurer une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels et communiquer au ministre chargé de la santé et à l'Agence nationale du développement professionnel continu toutes informations ou propositions qu'elle juge utiles pour évaluer l'intérêt et la pertinence des actions proposées et promouvoir le caractère collectif du développement professionnel continu, en secteur ambulatoire et en établissement de santé ;
- contribuer, par son expertise, aux modifications éventuelles du développement professionnel continu et l'évaluation de son impact sur les pratiques professionnelles ;

PARTICIPER, DANS L'OBJECTIF D'AMÉLIORER LES PROCESSUS DE PRISES EN CHARGE, LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET LA COMPÉTENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

- à la mise en place de registres épidémiologiques pour la surveillance des événements de santé et de registres professionnels d'observation des pratiques ;
- à l'analyse et à l'accompagnement de l'évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé notamment la définition de référentiels métiers et de recommandations professionnelles ;
- à la désignation, à la demande de l'Etat, des représentants de la profession ou de la spécialité pour siéger dans les structures appelées à émettre des avis sur les demandes d'autorisation d'exercice ou de reconnaissance des qualifications professionnelles ;
- à la désignation de professionnels susceptibles d'être désignés en tant qu'experts dans les domaines scientifique et opérationnel liés à l'organisation et à l'exercice de la profession ou de la spécialité ;
- aux réflexions et aux travaux portés par le Ministère dans le cadre de la gestion des crises sanitaires en formulant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

COORDONNER DES RÉFLEXIONS ET DES TRAVAUX SUR DES SUJETS D'INTÉRÊT COMMUN AINSI QUE DE PARTAGES MÉTHODOLOGIQUES

Cette mission vise à encourager les approches transdisciplinaires et les synergies entre professions ou spécialités, à faire progresser les connaissances communes et à développer les consensus sur les pratiques professionnelles.

Il est précisé que la FSM peut à ce titre organiser, en accord avec toutes les spécialités concernées, des modalités de coordination pour les surspécialités communes à plusieurs spécialités correspondant à des formations spécialisées transversales telles que définies par l'article R. 632-22 du code de l'éducation.

La FSM est également chargée d'assurer, par l'intermédiaire de membres issus des Conseils nationaux professionnels, une représentation auprès des pouvoirs publics, dans le cadre d'actions nécessitant des approches transversales et interdisciplinaires.

CONTRIBUER À LA MUTUALISATION DES RESSOURCES ET DES OUTILS

Il s'agit pour la FSM de prendre en charge des fonctions pour le compte de ses membres, de mettre en place des centres de ressources et de mutualiser les charges correspondant à des activités exercées en commun. L'année 2021 a été marquée par le lancement de plusieurs chantiers visant à fournir des services ou des outils aux CNP à des prix négociés qui soient abordables pour tous, Parcourspro pour la gestion des parcours de DPC et le projet de création de sites internet en sont les principaux exemples.

Les missions assurées par les CNP augmentent et vont faire émerger de nouvelles demandes comme le fait de mutualiser des temps de secrétariat, la FSM s'efforcera d'y répondre.

FORMULER UN AVIS SUR LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION PÉRIODIQUE DES PROFESSIONS DE SANTÉ EN APPLICATION DU II DE L'ARTICLE L.4022-8 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La convention précise enfin que les activités déployées par la FSM ne poursuivent que des objectifs en lien direct avec les missions qui lui sont confiées et qu'elle doit respecter les exigences de l'éthique scientifique et de l'indépendance de l'expertise.

● BILAN DES ACTIONS RÉALISÉES EN 2025

Comités et groupes de travail

La FSM a poursuivi en 2025 sa participation aux comités et groupes de travail suivants :

- Comité de suivi Essure
- Conseil d'orientation de l'ONDPS
- Groupe opérationnel médicaments et dispositifs médicaux
- Groupe de travail avec l'ATIH sur les indicateurs de vigilance en chirurgie
- Instance collégiale du Conseil National de la Certification Périodique

Travaux spécifiques menés en 2025

Décrets relatifs à l'activité interventionnelle sous imagerie

La FSM a participé aux travaux menés par le bureau P1 - Prises en charge en médecine, chirurgie et obstétrique - de la DGOS pour identifier des pistes d'évolution des décrets de 2022 qui puissent assurer que l'activité interventionnelle sous imagerie soit soumise au bon niveau d'encadrement réglementaire.

La FSM a apporté son appui pour identifier, dans la liste d'actes par mention de l'activité de radiologie interventionnelle transmise par le G4, les spécialités médicales concernées par la mention B, soit à partir de la liste d'actes soit à partir de la définition réglementaire à l'article R6123-166 du Code de la santé publique.

Le Bureau P1 s'interrogeait en effet sur la pratique de certaines spécialités médicales comme les anesthésistes réanimateurs, les rhumatologues et les médecins vasculaires pour lesquelles il souhaitait avoir confirmation de la réalisation ou non d'actes relevant de la liste d'acte et/ou de la définition de la mention B de radiologie interventionnelle.

Indicateurs de vigilance en chirurgie

L'ATIH a été missionnée par la DGOS en 2022 pour développer des indicateurs de vigilance et les mettre à disposition des établissements et des ARS dans le cadre de la modernisation du régime des autorisations des activités de soins, en lien avec la HAS.

5 indicateurs ont été retenus dans un premier temps :

- le taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure

- le taux de réadmission dans les 48 heures après chirurgie ambulatoire
- le taux de ré hospitalisation en MCO dans un délai de 1 à 7 jours
- le taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoire nécessitant une reprise
- le taux d'infection du site opératoire

La FSM et les CNP ont apporté leur soutien à l'ATIH pour lui permettre de définir un algorithme d'affectation des séjours aux activités de soins de chirurgie.

L'objectif principal était dans un 1er temps d'être capable d'affecter les séjours aux différentes activités de chirurgie, pour pouvoir ensuite calculer les indicateurs de vigilance en chirurgie par activité de soins de chirurgie.

Une réunion a été organisée le 3 juillet 2025 au cours de laquelle l'ATIH a présenté aux membres du comité Chirurgie et Activités interventionnelles de la FSM les modalités d'affectation des séjours retenues.

Les représentants des CNP ont soulevé un point qui leur paraissait devoir être retravaillé : l'algorithme présenté affectait à toutes les spécialités possibles les séjours ne pouvant être rattachés à une spécialité. Certains actes par exemple partagés entre l'Orthopédie et la Neurochirurgie ou encore entre la Chirurgie maxillo faciale, l'ORL et la Chirurgie plastique, en l'absence de critères permettant de les départager, se trouvaient affectés à toutes les spécialités concernées.

FONCTIONNEMENT

L'ALGORITHME TRAITE CHAQUE ACTIVITE DE SOINS DE CHIRURGIE DE MANIÈRE INDÉPENDANTE

Chaque séjour est traité pour une activité de soins de chirurgie si au moins un de ses actes a été retenu par le CNP de la spécialité « correspondante »

↓

Chaque séjour est traité autant de fois qu'il y a de spécialités (au sens acte CCAM) présentes

- Ex : séjour ayant 1 seul acte classant **JDSA002** Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par laparotomie . Acte CCAM a été sélectionné par les spécialités **Viscérale + Gynéco + Uro**

→ **Le séjour sera traité 3 fois**

ATIH IVC - RÉUNION FSM-CNP - 03/07/25 21

L'ATIH a proposé, compte tenu des remarques faites, de revoir et « nettoyer » la liste des actes CCAM sélectionnés par chaque spécialité, en portant une attention particulière aux actes partagés.

Un fichier excel a été envoyé à chaque spécialité chirurgicale.

Un accompagnement avec l'équipe dédiée ATIH a été proposé à chacun pour revoir ensemble les actes CCAM sélectionnés pour décrire le périmètre de l'activité de chirurgie.

L'ATIH a prévu par la suite de présenter :

- une synthèse des retours des CNP ainsi que les évolutions possibles de l'algorithme.
- l'état d'avancement des travaux sur les indicateurs de réhospitalisation à 3 jours après chirurgie ambulatoire, et de réhospitalisation entre 1 et 7 jours après chirurgie .

Gestion de la liste en sus - DGOS et DGS - Groupe opérationnel du médicament et des dispositifs médicaux

Le Ministère a organisé une réunion le 23 juillet 2025 afin d'engager une concertation concernant les critères d'inscription et de radiation de la liste en sus. Il s'agissait surtout de présenter des propositions de scénarios d'évolution des modalités d'inscription, de radiation et de réintégration des médicaments et des DM.

La préoccupation majeure était d'assurer une gestion plus dynamique de la liste en sus, les dépenses ayant augmenté de plus de 14 % pour les médicaments, pour un total de 7,54 milliard d'euros.

A l'issue de la réunion, la DGOS a demandé aux participants de se positionner d'ici le 4 septembre sur une liste de produits ne répondant plus aux critères d'inscription actuels, et donc susceptibles d'être radiés, ainsi que sur les modalités de réintégration.

Tous ont réagi pour dire que les délais étaient trop courts, aucune étude d'impact n'ayant été d'ailleurs communiquée.

Un courrier commun signé également par Frédéric Fossati et Olivier Goëau-Brissonnière a été envoyé à Catherine Vautrin et à Yannick Neuder pour demander un moratoire ainsi que la mise en place de conditions de négociation claires.

Ce courrier a été pris en compte. Le périmètre de la concertation et le calendrier ont été revus comme suit :

- seules les modalités de réintégration ont été soumises à concertation
- s'agissant de la radiation, la concertation n'a pas porté sur la définition des critères, mais sur une liste de produits de santé identifiés sur la base des critères actuels
- le début des travaux de l'ATIH a été reporté à mi-septembre, afin de laisser plus de temps à la concertation

La FSM a ensuite saisi les CNP concernés sur la base du power point que la DGOS lui avait transmis.

Liste des DM proposés à la radiation au 1^{er} janvier 2026

Critère justifiant la radiation	Produits / catégorie	Total à réintégrer sans ETI (€)
ASA V vs comparateur non inscrit sur la LES	TENOLIG	404 065
	MACROPLASTIQUE	284 188
non inscrit sur la LES	INTERSTIM II	3 535 891
	GORE VIABAHN	200 955
	Endoprothèses carotidiennes	2 664 377
	Stent métallique nu	<11
Ratio tarif/GHS <30%	Endoprothèses coronaires - stents (PTFE/polyuréthane)	649 521
	Endoprothèses coronaires - stents enrobés	425 154
	Endoprothèses coronaires - stents à libération de PA	129 288 985
	Ballons actifs coronaires	10 017 427
	Ballons actifs périphériques	12 968 023
TOTAL		160 438 586

Liste des médicaments proposés à la radiation au 1^{er} janvier 2026

Critère justifiant la radiation	Spécialité	Total à réintégrer sans EMI (€)
Ratio tarif / GHS < 30 %	CARBAGLU® (acide carglumique) 200MG CPR DISP et ses génériques : ACID.CARGLUMIQ.TLO 200MG C ACID.CARGLUMIQ.WAY 200MG C.D UCEDANE 200MG CPR DISP	98 813
	AMBISOME® (Amphotericine B)	19 271 882
	ZAVICEFTA®(ceftazidime/avibactam)	6 935 073
	CRESEMBA®(isavuconazole)	5 907 633
	VABOREM®(meropenem/vaborbactam)	83 025
	Micafungine (ensemble des génériques)	699 138
	Voriconazole (ensemble des génériques)	368 069
ASMR V vs comparateur non inscrit sur la LES	Doxorubicine liposomale pégylée : CAELYX PEG 2MG/ML PERF FL10ML CAELYX PEG 2MG/ML PERF FL25ML ZOLSKETIL 2MG/ML DISP FL10ML ZOLSKETIL 2MG/ML DISP FL25ML	8 711 344
	REZZAYO 200MG, PERF FL	0
TOTAL		42 074 977

Les remarques des CNP transmises par la FSM

Le CNP de Pneumologie a identifié une molécule dont la radiation de la liste en sus aurait des conséquences sur la prise en charge des patients : la REZAFUNGINE, qui était inscrite via son comparateur (VFEND). Cette molécule est utilisée en cas de mycose résistante aux dérivés azolés et le traitement dure 1 an. Le traitement consiste en une perfusion d'1 heure hebdomadaire alors que l'alternative (CASPOFUNGINE) nécessite une perfusion d'1 heure quotidienne. Cette molécule n'est de plus disponible que depuis très récemment, et n'a donc que très peu pu être prescrite dans le cadre de la liste en sus. La réflexion sur sa réintégration à la liste en sus peut également prendre en considération le fait que cela concerne annuellement peu de patients sur le territoire.

Le CNP de Médecine Interne, Polyvalente et Immunologie Clinique qui a pris l'attache des centres de référence concernés a dit son désaccord concernant les enzymothérapies des maladies lysosomales (agalsidase, imiglucérase, vélaglucérase) pour les raisons suivantes : 1) la radiation des molécules concernées constituera un frein à l'utilisation en bonne condition de sécurité des enzymothérapies, notamment en pédiatrie mais aussi pour les adultes fragiles ou polymorbides ; 2) ces thérapies sont le plus souvent débutées pour quelques semaines ou mois en HDJ, selon la tolérance, la voie d'injection (VP ou PAC), selon les recommandations du RCP des spécialités ; 3) la réalisation des perfusions à domicile est parfois durablement impossible du fait du contexte socio-familial, ou de l'absence de structure d'HAD disponible à court/moyen terme, ou en cas d'incompatibilité avec l'état du patient, y compris adulte (retard mental, polyopathie, ...). Concernant les traitements de l'angioedème (icatibant, inhibiteur de la C1 estérase humaine), le CNP de Médecine interne a également exprimé son désaccord car les produits sont utilisés dans les services d'urgence et les services de chirurgie surtout pour la prophylaxie à court terme. Si les traitements quittent le hors GHS, cela pénalisera les services et cela va compliquer la réalisation des actes chirurgicaux, avec possible refus de prise en charge de la part de centres hospitaliers pour lesquels la charge financière de ces traitements sera excessive, au détriment de la qualité de vie et de la sécurité des patients concernés.

Le CNP de Neurologie a indiqué que le Myozyme (ALPHA-ALGLUCOCIDASE / MYOZYME 50MG PERF FL / SMR faible) ne pouvait être supprimé de la liste en sus. C'est un traitement efficace d'une maladie orpheline grave qui, contrairement à ce qui est indiqué dans le tableau, apporte un service médical important dans les formes infantiles et réel (même si considéré comme faible) dans les formes tardives de la maladie. C'est une myopathie fréquente au pronostic très sévère dont l'évolution, le pronostic et la qualité de vie sont améliorés par l'enzymothérapie substitutive. L'avis de l'HAS confirme en 2021 son avis favorable au remboursement dans la forme tardive de la maladie de Pompe donné en 2017 de la façon suivante :

- SMR Le service médical rendu* par MYOZYME est : important dans les formes infantiles de la maladie ; faible dans les formes tardives de la maladie.
- ASMR MYOZYME apporte une amélioration du service médical rendu** : modérée (ASMR III) dans la stratégie thérapeutique des formes infantile de la maladie de Pompe ; mineure (ASMR IV) dans la stratégie thérapeutique des formes tardives de la maladie de Pompe. Avis favorable au maintien de la prise en charge à l'hôpital.

Concernant les dispositifs médicaux implantables, la FSM a insisté sur l'inquiétude générale exprimée par les CNP en l'absence d'informations claires sur les modalités de réintégration qui doivent être discutées et transparentes. Deux argumentaires, malgré les délais très courts, ont pu être transmis par le **CNP d'Urologie** au faveur du maintien dans la liste en sus du dispositif InterStim2 pour l'hyperactivité vésicale réfractaire et par le **CNP Cardiovasculaire** sur les endoprothèses coronaires. Ce dernier a indiqué qu'il s'opposait fermement et unanimement à la proposition d'intégrer les endoprothèses ou stents coronaires dans les Groupes homogènes de séjour (GHS) et donc à les exclure de « la liste en sus ». Conscient de la nécessité de fournir des soins de qualité dans un budget qui n'est pas extensible, il a proposé de continuer à oeuvrer dans la voie la plus porteuse à ses yeux d'économies et d'amélioration de la qualité des soins, à savoir la pertinence des soins en utilisant des registres ;

Le CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire a pour sa part émis des remarques concernant les ballons et les stents périphériques actifs. Pour ce CNP, la radiation liée au critère 5 ne serait pas applicable car le traitement pour un patient nécessite souvent le recours à plusieurs unités du même DM ou à plusieurs DM de la même catégorie, ce qui aboutit à un coût régulièrement supérieur à 30% du GHS, permettant de valider le critère 5. Par ailleurs, la revalorisation implicite du GHS n'est pas précisée et sera probablement inférieure au coût réel de ces DM, aboutissant à une carence dans leur utilisation et une baisse de la qualité des soins. Les ballons et stents actifs périphériques ont prouvé leur innocuité et une étude à grande échelle appuyée sur des données SNDS a montré une diminution du nombre d'amputations majeures des membres inférieurs par rapport à l'utilisation de ballons et stents sans revêtement actif.

Selon le CNP, l'économie potentielle du retrait de la liste en sus serait anéantie par le surcoût majeur du nombre d'amputations. Enfin, les ballons et stents actifs périphériques représentent encore des produits innovants et à ce titre justifient leur appartenance à la liste en sus. Quant au stent Viabahn, à condition de respecter de manière stricte les indications, son utilisation est tout à fait bénéfique chez des malades à risque pour éviter une chirurgie plus délabrante.

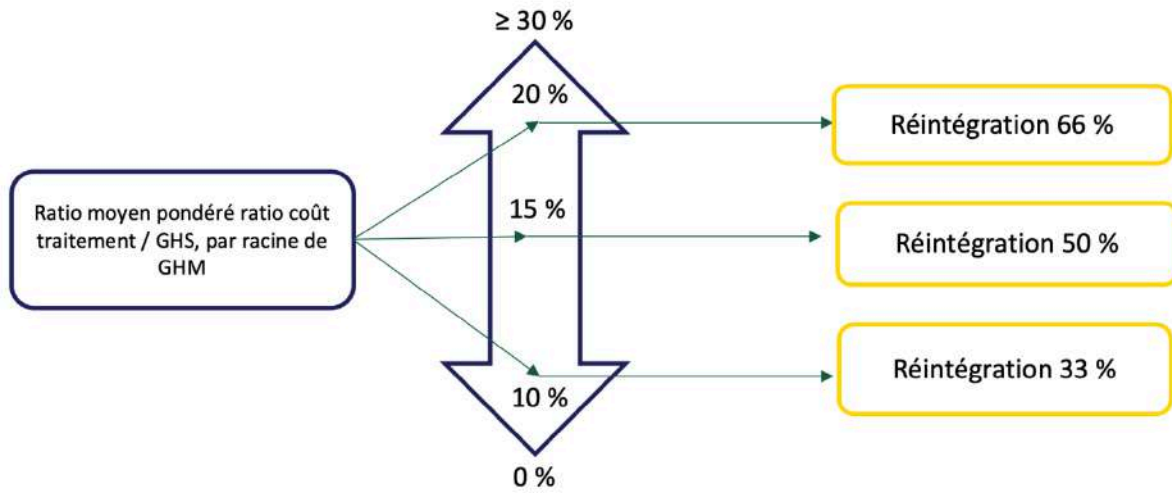
En conclusion, la FSM a indiqué que sans précision et calendrier compatible avec de réelles concertations, les avis ne peuvent être que d'une extrême prudence et plutôt négatifs. En ce sens, la FSM s'associe pleinement à la nécessité de revoir méthodologie et modalités de concertation. Compte tenu des enjeux spécifiques liés aux DMI, elle ne peut que souligner l'intérêt des registres de pratiques qu'elle met en place pour contribuer à la réflexion.

Une nouvelle réunion a été organisée le 30 septembre au cours de laquelle la DGOS a présenté les retours de concertation. Concernant les médicaments, certaines des demandes des CNP portées par la FSM ont été entendues, en particulier pour les médicaments utilisés en urgence et des médicaments utilisés dans certaines maladies rares et en diabétologie

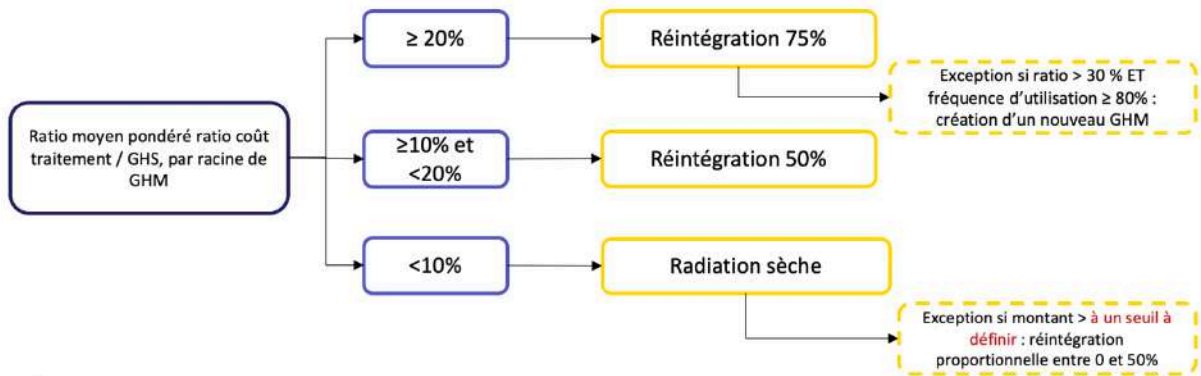
Concernant les DM, une réintégration partielle des montants concernés pour 2026 aura lieu.

Deux scénarios de réintégration ont été présentés. Le plus favorable devrait être retenu.

Scénario 1 : réintégration proportionnelle



Scénario 2 – Réintégrations par palier



Produits		Total à réintégrer sans EMI/ETI (données ATIH 2024)	Scénario 1			Scénario 2		
			ex-DGF	ex-OQN	Total	ex-DGF	ex-OQN	Total
Total ensemble des PDS de la liste actualisée	DM	160 438 586 €	44 354 659 €	30 156 898 €	74 511 556 €	35 646 948 €	24 254 361 €	59 901 309 €
	Médicaments	42 074 977 €	18 565 789,91 €	882 354,43 €	19 448 144,34 €	10 934 832,14 €	264 761,02 €	11 199 593,16 €

Avec les autres fédérations, la FSM a pu obtenir que des travaux à venir redéfinissent la méthode de concertation pour les réintégrations à partir de 2027, avec la mise en place d'une gestion pluriannuelle de la liste, des délais suffisants pour disposer d'études d'impact, de données chiffrées et d'argumentaires basés sur des bonnes pratiques.

Régulation des actes à visée esthétique

Les travaux menés par la DGOS et la DGS ont permis d'élaborer une définition de la « médecine esthétique » qui, après validation des cabinets ministériels, a été adressée pour analyse par la HAS pour pouvoir finaliser et publier le décret en Conseil d'Etat correspondant.

La FSM a été invitée à participer en parallèle aux réflexions sur les différentes modalités envisageables de régulation et de contrôle des activités de médecine à visée esthétique.

Suite à la réunion organisée le 24 novembre 2025, elle a été invitée à faire part de ses propositions sur les prérequis (pour le « stock » et pour le « flux », ainsi que les potentielles dérogations selon les spécialités ou les médecins exerçant à ce jour exclusivement en médecine esthétique) ainsi que sur les pistes de régulation évoquées en réunion : contrôle au regard du temps de travail ou du nombre d'actes, en exercice libéral ou salarié ; codage des actes ; assurances professionnelles ; etc.

Droit d'exercice complémentaire

Le CNOM a adressé aux services de la DGOS un projet de texte visant à autoriser et encadrer la pratique de certaines activités médicales par un médecin en attribuant un droit d'exercice complémentaire. Ce droit d'exercice serait complémentaire de l'exercice de la spécialité dans laquelle le médecin est qualifié.

Le projet de texte présentait les conditions dans lesquelles un médecin pourrait obtenir, après avis d'une commission placée sous l'égide de l'ordre, un droit d'exercer certaines activités médicales comme la médecine thermale, de montagne ou balnéaire, les activités médicales à visée esthétique et certains champs d'activité médicale définis par une FST, une option ou un autre diplôme national.

La DGOS a souhaité associer aux échanges et réflexions sur ce sujet la conférence des doyens des facultés de médecine, le CMG et la FSM. Une réunion a été organisée le 20 octobre.

Un groupe restreint a ensuite été mis en place afin de travailler sur le projet de décret et d'arrêtés.

Il a permis de préciser les objectifs et les contours de la démarche :

- le projet de décret prévoit que ce droit d'exercice est complémentaire de l'exercice de la spécialité dans laquelle le médecin est qualifié, tout comme les FST et les options qui ouvrent droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité du médecin ([Article R632-21 - Code de l'éducation - Légifrance](#) et [Article R632-22 - Code de l'éducation - Légifrance](#)).
- ce dispositif s'ajoute ainsi au dispositif actuel du 2^{ème} DES/FST/options pour les médecins en exercice. Mais il n'est pas possible de bénéficier simultanément du dispositif de droit d'exercice complémentaire et du dispositif du 2^{ème} DES/FST/option.
- les activités de médecine à visée esthétique font l'objet de travaux spécifiques afin de définir, d'encadrer et de réguler cette activité, y compris en prévoyant l'absence de caractère exclusif de cette activité.

Les travaux se sont poursuivis en 2026 sur les projets d'arrêtés d'application relatifs à la composition et au fonctionnement des commissions chargées du traitement des demandes de droit d'exercice complémentaire, d'une part, à l'arrêté fixant les activités médicales soumis au droit d'exercice complémentaire, d'autre part.

Jury PRME et PHRIP

Programme de recherche médico-économique (PRME)

La FSM a proposé, en lien avec les CNP concernés, 1 à 2 experts cliniciens pour chacun des 26 projets soumis à la DGOS au titre du PRME.

Conseils Nationaux Professionnels concernés	Nombre d'experts désignés	PRME
Anesthésie - Réanimation et Médecine Per Opératoire	1	ECOTRIAL
Biologie médicale	2	COST-UMBRELLA ; TranECMO
Cardiovasculaire	9	EVAMICRO, AF-LIFELINE, ALFA, OPTIVENOSUS, IDEAL II
Chirurgie Maxillo Faciale, Stomatologie et Chirurgie Orale Médicale	1	Nava ECO

Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire	1	ECO-VEIN
Chirurgie Viscérale et Digestive	4	TRAILER, ECO-CHIP, BIOPANCREATIC
Dermatologie et Vénérologie	1	OriPeau
Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition	2	OB2F-ECO
Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale	2	HYPHOP
Hématologie	1	My-PREHAB
Hépatogastro-entérologie	1	BIOPANCREATIC
Maladies Infectieuses et Tropicales	1	OriPeau
Médecine Interne, Polyvalente et Immunologie Clinique	2	My-PREHAB, TRESOREME
Médecine d'Urgence	2	EVAL-URGEIM , REST-BLOOD
Médecine Intensive et Réanimation	2	TranECMO, SISYPH
Médecine Palliative	1	ATHOME
Médecine Vasculaire	1	ECO-VEIN
Neurologie	1	ECOTRIAL
Oncologie	5	ECO-CHIP, ATHOME, COST-UMBRELLA, PRICE, DIPPER-ME
ORL	1	Nava ECO
Pédiatrie	1	OPTIVENOSUS
Pneumologie	1	SISYPH
Rhumatologie	1	TRESOREME

Santé Publique	2	INEES , EQ5D-SNDS
Urologie	2	PRICE, DIPPER-ME
V3TC - Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelles, Tissulaires et Cellulaires	1	REST-BLOOD
Collège de la Médecine Générale	1	EVAL-URGEIM

Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

La FSM a procédé à la répartition des projets et a participé, en lien avec les CNP concernés, à la désignation des experts chargés d'analyser les 55 dossiers soumis à la DGOS.

27 experts ont été désignés par les CNP de spécialités médicales.

Les autres experts ont été désignés par les CNP des autres professions médicales ou paramédicales :

13 par le CNP des Infirmiers en Pratiques Avancées, 4 par le CNP des Masseurs Kinésithérapeutes, 3 par le CNP Infirmier, 3 par le CNP des Orthophonistes, 1 par le CNP des Infirmiers Anesthésistes, 1 par le CNP des Infirmiers Puériculteurs, 1 par le CNP des Pédicures Podologues, 1 par le CNP des Manipulateurs d'Electroradiologie et 1 par les CNP des Ergothérapeutes.

Conseils Nationaux Professionnels concernés	Nombre d'experts désignés	PHRIP
Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire	3	EVEREST, SAVIOR-MAC, INEXREA
Gériatrie	2	PA-EHPAD-IA, EAT-PA
Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale	1	PARTAGE
Hépatogastro-Entérologie	1	MICROBIOTE
Médecine Intensive-Réanimation	2	APNEAFLO2W, NursDRA
Médecine Palliative	1	IDETENS

Médecine Physique et Réadaptation	5	FASTICITY, RPP@HOME, MyHealthFriend, SUIVILOMB, ATAC2
Médecine du Travail	1	SLEEPMORE
Neurologie	2	AP-HY-DOL, F-WAB
Oncologie	1	SUR-CAN-1
Pédiatrie	1	PreSaP, PIPAPREM
Pneumologie	2	LEARN, SHV-rehab
Psychiatrie	1	BODYTRAUMA
Radiologie et Imagerie Médicale	3	OPIAC, PARADIS III, 20000lieussousl

ANSM - Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments et des produits de santé



La collaboration engagée de longue date entre l'ANSM et la FSM s'est traduite en 2025 par la signature d'une convention cadre.

Que prévoit la convention la convention cadre ?

L'ANSM et la FSM se sont engagés à :

- organiser les modalités de collaboration notamment via un comité d'interface,
- promouvoir les démarches visant à garantir l'utilisation des produits de santé dans des conditions assurant un rapport bénéfices/risques positif, tout au long de leur commercialisation,
- garantir la qualité des recommandations professionnelles, des avis et toute action impliquant les spécialités médicales, dans la recherche d'un bon usage des produits de santé, propre à en maximiser les bénéfices pour les patients tout en minimisant les risques autant que possible,
- collaborer avec les CNP et impliquer ceux-ci dans les travaux relatifs aux produits de santé en rapport avec leur spécialité.

La collaboration entre la FSM et l'ANSM ne remet donc pas en cause la politique conduite par l'ANSM pour nouer des liens directement avec des organisations professionnelles et des sociétés savantes pour les besoins de ses missions.

La FSM, en revanche, a vocation à faciliter ces liens par ses missions de coordination et d'harmonisation.

La convention est établie pour une durée de 4 ans et prévoit un suivi annuel.

Le comité d'interface

Ce comité auquel participe également un représentant du CMG s'est réuni en juillet.

Une première liste de sujets à traiter a été identifiée :

- les registres mis en place par la FSM,
- le réseau des correspondants pharmacien/médecin généraliste,
- la formation professionnelle & le DPC en lien avec le CMG, la FSM et le CNOM,
- les CNP et les évolutions de conditions de prescription,

- l'anticipation et la prévention des pénuries de médicaments ou de dispositifs médicaux (positionnement du médicament dans l'arsenal thérapeutique, identification de niches d'utilisation, revue de la liste des MITM, information des prescripteurs).

La FSM a répercuté auprès des CNP concernés les tensions en approvisionnement des anti-PCSK9. Une réunion a été organisée en novembre. Le but était d'échanger sur les populations de patients concernés et de réfléchir aux alternatives disponibles dans un contexte de hausse constante des initiations de ces traitements et de tensions d'approvisionnement.

De même, l'ANSM a contacté la FSM à propos de l'arrêt de commercialisation de la spécialité Previscan, annoncé par le laboratoire Merck pour septembre 2027. Afin d'anticiper cet arrêt et de préparer l'accompagnement des professionnels de santé et des patients vers les alternatives disponibles, l'Agence a souhaité organiser des sessions de travail réunissant les CNP concernés.



EXPERTISES, AUDITIONS, AVIS, INSTANCES ET GROUPES DE TRAVAIL

Expertises	p. 68
Auditions par la Cour des Comptes	p. 68
Saisine par l'Assurance Maladie concernant les actes à surcoût	p. 72
Saisines de la HAS / Avis	p. 73

● EXPERTISES

La FSM a été sollicitée à quatre reprises dans le cadre de missions d'inspection ou d'audits diligentés par les ARS.

- Un expert, désigné par le CNP de Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale et la FSM, a accompagné une mission d'inspection diligentée par l'ARS Bretagne. Elle portait sur la pratique médicale d'un praticien hospitalier du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, selon les modalités arrêtées dans le contrat passé entre l'ARS et la FSM en janvier 2025.
- Deux experts ont été désignés par le CNP d'Hépatogastro-entérologie et la FSM pour participer à une mission d'expertise dans le cadre d'une procédure d'inspection diligentée par l'ARS Bretagne portant sur la pratique médicale d'un praticien hospitalier exerçant au sein du CH Yves Le Foll de Saint-Brieuc, selon les modalités arrêtées dans le contrat passé entre l'ARS Bretagne et la FSM le 2 mai 2025.
- Un expert, désigné par le CNP de Gériatrie et la FSM, a accompagné une mission d'inspection diligentée par l'ARS Centre-Val de Loire qui portait sur le fonctionnement d'un EHPAD selon les modalités arrêtées dans le contrat passé entre l'ARS et la FSM en mai 2025.
- Deux médecins désignés par le CNP de Néphrologie et la FSM ont participé au comité d'experts mis en place par l'ARS Grand Est dans le cadre d'une inspection portant sur le signalement de pratiques professionnelles non conformes et la survenue d'EIGS au Centre Lourd de Dialyse de l'Hôpital Privé Nancy Lorraine (groupe ELSAN) à GENTILLY selon les modalités arrêtées dans le contrat passé entre l'ARS et la FSM en 2025.

La FSM a également été sollicitée pour la première fois par le Centre National de Gestion. Deux experts désignés par le CNP de Chirurgie Plastique, Esthétique et Reconstructrice et la FSM ont été chargés d'analyser les dossiers d'un plasticien qui avaient fait l'objet de déclarations d'EIG. Il s'agissait de mener une seconde expertise intégrant une phase contradictoire visant à permettre d'éclairer les membres de la commission d'insuffisance professionnelle sur les compétences, les pratiques professionnelles, l'activité et les formations du chirurgien concerné.

● AUDITION PAR LA COUR DES COMPTES

La FSM a été sollicitée à deux reprises pour échanger avec les conseillers de la Cour des Comptes dans le cadre d'enquêtes qu'ils menaient sur la prise en charge du cancer du sein et les hospitalisations inadaptées.

L'évaluation de la politique publique de prévention et de la prise en charge du cancer du sein

Un échange a été organisé entre des membres du bureau de la FSM, les représentants des CNP d'Oncologie et de Radiologie et Imagerie médicale et l'équipe de la Cour des Comptes qui était composée de Pierre de Montalembert et Robin Gonalons, conseillers référendaires en service extraordinaire, Patrick Netter, conseiller expert, et Appoline Chariot, Data Scientist.

Cette enquête avait pour objet d'analyser l'efficacité et l'impact des mesures adoptées par les pouvoirs publics dans la lutte contre le cancer du sein sur la période 2015 à 2025.

L'entretien a été prolongé par l'envoi d'un questionnaire auxquels les CNP concernés ont répondu.



Évaluation de politique publique « Cancer du sein »

Fédération des spécialités médicales

Questionnaire n° 1

L'évaluation de politique publique relative à la prise en charge du cancer du sein en France a pour objet d'analyser l'efficacité et l'impact des mesures adoptées par les pouvoirs publics dans la lutte contre cette pathologie.

Cette enquête s'intéresse à la prise en charge du cancer du sein de la femme, au regard des techniques diagnostiques et thérapeutiques disponibles, en établissement de santé comme en ville. La période de l'évaluation correspond aux années 2015 à 2025.

L'évaluation de politique est appréhendée, en particulier, au travers des trois questions évaluatives suivantes :

- **Question évaluative n° 1** : les mesures de dépistage organisé du cancer du sein atteignent-elles les objectifs fixés par les pouvoirs publics ?
- **Question évaluative n°2** : la prise en charge est-elle suffisante et adaptée au regard des besoins des patientes ?
- **Question évaluative n°3** : les mesures actuelles permettent-elles de limiter les séquelles de la maladie, de prévenir la récurrence et d'améliorer la qualité de vie des patientes ?

Des questions plus précises étaient ensuite posées sur les 5 chapitres suivants :

1. **Les indicateurs sanitaires et données disponibles en matière de cancer du sein**
2. **Prévention et dépistage**
3. **Prise en charge du cancer du sein**
4. **Suites de la prise en charge : prévention de la récurrence, gestion des séquelles et amélioration de la qualité de vie des patientes**
5. **Recherche clinique**

Enquête sur les hospitalisations inadaptées - admissions évitables et séjours longs pour des patients médicalement sortants mais physiquement restants

Cette enquête était confiée à Pierre Kersauze, conseiller référendaire, et David Causse, conseiller référendaire en service extraordinaire, en qualité de rapporteurs.

Un entretien a été organisé avec les membres du bureau de la FSM. Il a porté sur les admissions potentiellement évitables, la question du bon usage des ressources disponibles et des lits, la gestion de l'aval, la fluidité des filières, et l'impact des facteurs sociaux.

Les échanges ont permis aux membres du bureau de donner leur éclairage sur les questions suivantes :

- **Hospitalisation de jour (HDJ)** : est-ce que le mouvement est complètement accompli ? Y a-t-il encore un potentiel en médecine ? Des efforts importants ont été réalisés sur la chirurgie ambulatoire. En médecine, il y aurait encore un potentiel, la question est de savoir comment libérer les énergies qui pourraient être bloquées sur cette mutation qui reste encore devant nous en médecine.
- **Pertinence des soins** : les médecins ne peuvent pas se désintéresser des coûts de santé qu'ils génèrent à qualité de soins égale. Il faut traiter ce sujet pour assurer des soins de qualité à un coût tenable. Actuellement, cela ne l'est pas.
- **Réhospitalisations** : la CNAM a réalisé un travail intéressant avec Visu chir. L'ATIH travaille aussi sur ce sujet.
- **JO ou J-1** : le fait que certains services de chirurgie soient structurellement déficitaires les amène à faire hospitaliser les patients la veille.
- **Pour la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique**, le social est très important, l'organisation de l'aide sociale à l'enfance ne permet pas de faire un certain nombre de choses.

- **Prévention** : il faut continuer à la développer. L'exemple du Beyfortus a été pris, cela a permis de soulager les hospitalisations. La bibliographie correspondante a été transmise à la Cour des Comptes.

- **Le développement d'études** : si on veut être efficace sur le long terme, il faut analyser les DMS en fonction des pathologies, par spécialité, par pathologies, par motifs d'hospitalisations. Il sera possible de donner des guidelines aux pouvoirs publics. On peut voir des écarts actuellement sur des pathologies de référence ou sur des interventions comme la fracture du col du fémur.

- **L'idée de performance territoriale** : des CH présentent des DMS longues, mais ils se situent dans des départements les plus carencés sur la médecine de ville. Ce qui se passe à l'intérieur d'un établissement est aussi le reflet d'une performance territoriale. A partir d'une cartographie des volumes de journées, il faudrait regarder les choses spécialité par spécialité, sur un acte donné. Le rapport intégrera aussi la question environnementale, les contraintes d'amont et d'aval, y compris la pauvreté.

- **Evaluer pourquoi certaines recommandations** des sociétés savantes ne sont pas appliquées. Y a-t-il des contraintes dont ces recommandations nationales ne tiennent pas compte ?

- **L'après hospitalisation** : il est de plus en plus difficile de trouver des places en moyen séjour ou dans les services de spécialités des hôpitaux. Certaines personnes âgées rentrent en urgence et ne peuvent plus retourner chez elles, car les familles sont loin.

- **HTNM** : la FSM et les CNP ont été associés à une réflexion entreprise sur l'impact médico économique de l'hébergement temporaire non médicalisé, le rapport a été diffusé hier. Il a été transmis.

- **Faire la différence entre hospitalisation programmées et celles qui ne le sont pas** : ce distinguo est très important, les « bed blockers » relèvent essentiellement du non programmé.

- **Potentiel que pourrait représenter l'office surgery.**

- **Contextualisation** : comment l'avant prépare l'après. Lorsqu'il est prévu d'opérer, d'hospitaliser une personne âgée, rien n'est prévu pour l'après. Il existe vraisemblablement des moyens d'anticiper cette situation. Cette préparation en amont va conditionner la durée d'hospitalisation. On pourrait s'inspirer de ce qui est mis en place pour la prise en charge des grossesses. L'intervention de la sage-femme est prévue après l'accouchement. Dans de nombreuses situations, cette préparation pourrait avoir lieu. Il faudrait regarder comment cela pourrait être appliqué. Cela rejoint la question de la pré habilitation avant intervention chirurgicale.

Il a été acté que la discussion pourrait être poursuivie si nécessaire sur certains points de manière plus focalisée, notamment avec les CNP de Gériatrie, de MPR et de Psychiatrie.

● SAISINE PAR L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LES ACTES À SURCÔÛT

Le Département des Actes médicaux de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, dans le cadre de la révision de la CCAM, a demandé à la FSM de l'aider à identifier, au travers des réflexions des CNP, certains actes présentant des spécificités et nécessitant un investissement particulier relativement significatif en termes de charges, la particularité de ces actes étant également qu'ils ne sont pas réalisés par tous les praticiens de la spécialité mais par un petit nombre d'entre eux.

L'idée était de les identifier et ainsi de détacher leurs charges propres de celles des autres actes d'une même spécialité si cela s'avérait pertinent. Une analyse spécifique de ces coûts particuliers pourrait ensuite être conduite pour chaque acte/équipement médical relevant de la liste construite, afin qu'ils soient ensuite affectés directement aux actes concernés.

Les premiers retours des CNP ont montré qu'il était difficile d'établir la liste souhaitée en l'absence d'exemples. La question a donc été inscrite à l'ordre du jour et discutée en Assemblée générale en décembre afin de faciliter l'identification de ces actes par les CNP.

QU'EST-CE QU'UN ACTE À SURCÔÛT ?

ETUDES DES ACTES À SURCÔÛTS – OBJECTIFS ET PÉRIMÈTRE

Objectifs des études

- Quantifier le surcoût des actes concernés (à certains équipements, produits ou outils)
- Vérifier si ces surcoûts sont évitables (et donc à compenser durablement)
- En vue d'identifier le canal de financement adapté, intégration dans la CCAM, forfait technique, ou autre.

Rappel de la définition :
Les actes à surcoûts désignent des actes particuliers à investissement spécifique (équipement, personnel,...), réalisés par une petite partie des praticiens au sein d'une catégorie qui supportent directement ces charges spécifiques (et non supportées par les établissements).

Considérant qu'il est préférable d'identifier directement ce surcoût à l'acte si celui-ci est significatif pour ne pas dissocier le praticien de cet acte.

PÉRIMÈTRE :

- La liste des actes à surcoûts à considérer dans l'étude est en cours de finalisation avec les syndicats et la FSM / CNP.
- Les études seront menées progressivement (2-3 pilotes d'abord sur un périmètre validé, puis extension à l'ensemble des actes).
- Le dialogue entre la CNAM et la DREES se poursuivra afin de faciliter les données économiques prises en compte.
- Ces études viendront en complément des autres étapes de la révision CCAM.

À ce stade, deux périmètres potentiels sont identifiés :

- 1 Actes mobilisant des machines uniquement utilisées pour ceux-ci
- 2 Actes nécessitant des consommables ou produits de santé à usage unique non pris en charge par ailleurs

NB : la mesure du surcoût doit être représentative du « mécanisme » de la spécialité, pas d'un cas exceptionnel!

18



Avancée des travaux du HCN - Actes à surcoût

PROPOSITION D'ACTES À SURCOÛTS

Des premières listes d'actes à surcoûts ont été identifiées lors des travaux préalables.

1

Actes mobilisant des équipements uniquement utilisés pour ceux-ci

- Actes de chirurgie thoraco-vasculaire avec machines CEC
- Actes de chirurgie urologique ou gynécologique robot-assistée
- Actes nécessitant des analyses moléculaires ou génétiques (machine tests compagnons)
- Actes nécessitant un laser (dermatologie, ophtalmologie, ORL, gynécologie,...)
- Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), neurologiques (EEG, EMG), cardiaques (ECG, holter)
- Actes exploratoires / examen du champ visuel (campimétrie automatisée)
- Outillage en ophtalmologie

2

Actes nécessitant des consommables ou produits de santé à usage unique non pris en charge par ailleurs

- Echographies avec agents de contraste **hyfoci** (radiologie, urologie, gastro-entérologie)
- Ponction-biopsie de moelle osseuse (avec trocart de BOM – hématologie, oncologie médicale)
- Cryothérapie **cyroablation** percutanée (des tumeurs **dermoïdes** avec aiguilles de **cyot** – radiologie, chirurgie)

▶ Les propositions reçues des CNP sont en cours d'analyse. Une note formalisée sera transmise par mail aux syndicats de médecine dès que leur traitement sera finalisé.

13



Site internet de la FSM : www.specialitesmedicales.org



Avancée des travaux du HCN - Actes à surcoût

ENJEUX ET MÉTHODOLOGIE DE CALCUL

Les méthodes (visite terrain, questionnaires, analyse 2035 ou factures) seront choisies en fonction du type d'acte, de la répétitivité du surcoût, et de la disponibilité des données afin d'obtenir des résultats fiables, comparables et exploitables dans le modèle tarifaire CCAM.

ENJEUX

1

Actes mobilisant des machines uniquement utilisés pour ceux-ci

Évaluer le coût complet d'utilisation et le surcoût par acte en fonction du volume et du mode de financement

MÉTHODOLOGIE PRIVILÉGIÉE A PRIORI

- Visites terrain + collecte de données économiques :
- Observation en cabinet libéral équipé
 - Entretiens sur coûts d'investissement, maintenance, consommables
 - Analyse 2035 (charges matériel, entretien, amortissement)

2

Actes nécessitant des consommables ou produits de santé à usage unique non pris en charge par ailleurs

Identifier le coût unitaire par acte et la fréquence réelle d'utilisation, vérifier qu'il s'agit d'un surcoût structurel

- Analyse de données + auto-déclarations :
- Collecte de factures et volumes d'achat
 - Questionnaires praticiens (fréquence, usage réel)
 - Vérification des rubriques 2035 « achats consommables »

15



Site internet de la FSM : www.specialitesmedicales.org

● SAISINES DE LA HAS / AVIS

Compte tenu du nombre assez élevé de CNP potentiellement impliqués dans ses travaux, la HAS souhaite généralement profiter du relai assuré par la FSM pour être sûre que l'ensemble des CNP intéressés a bien été averti et mobilisé.

Plusieurs demandes de la HAS ont été ainsi gérées par la FSM en 2025.

La FSM a également été entendue sur certains sujets en tant que partie prenante.

Réévaluation des conditions de prise en charge des perfusions à domicile

La Haute Autorité de Santé a été saisie par le ministère en charge de la santé pour mener une réévaluation des modalités de prise en charge des dispositifs de PPC et des prestations associées dans le traitement du SAHOS, avec comme objectif l'introduction de la dissociation du produit et de la prestation au regard des recommandations professionnelles existantes et des études cliniques disponibles.

La FSM a colligé les réponses des CNP Cardiovasculaire, de Neurologie, d'ORL et de Pneumologie qui étaient sollicités en tant que parties prenantes et les a transmises à la HAS.

Suite à cet envoi, la HAS a sollicité de nouveau la FSM en tant que coordinateur à propos d'un point qui avait émergé suite aux premières contributions adressées. La question était de savoir si la mise à disposition initiale du matériel de PPC avec mise en œuvre du traitement pour le patient devait obligatoirement être réalisée dans le lieu de vie du patient ou bien s'il était possible que le patient puisse récupérer le matériel pour son traitement hors de son lieu de vie (local du prestataire, officine du patient ou centre de soins) pour cette phase d'initiation de son traitement.

La FSM a transmis la réponse des CNP qui ont d'un commun accord répondu que l'adaptation au domicile du patient était préférable.

La FSM a enfin transmis aux CNP les deux documents élaborés par la HAS : le projet de nomenclature portant sur les indications de la PPC et l'observance au traitement et le projet de rapport d'évaluation ayant servi qui a servi de support pour la rédaction afin qu'ils puissent faire des commentaires s'ils le souhaitaient.

Prescription du WEGOVY et du MOUNJARO suite à l'avis favorable rendu par la Commission de la Transparence de la HAS en faveur de leur prise en charge par l'Assurance maladie pour les « patients adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial ≥ 35 kg/m² en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle bien conduite (< 5 % de perte de poids à six mois) et en association à un régime hypocalorique et à une activité physique ».

Compte tenu d'une part du cadre budgétaire en cours de discussions au Parlement, particulièrement contraint pour l'année 2026, et des négociations tarifaires en cours pour ces deux spécialités d'autre part, le Ministère a demandé à la HAS de rendre très rapidement un avis sur les sous-populations cibles à prendre en charge prioritairement.

La FSM a relayé la demande auprès des CNP sollicités à savoir le CNP d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition, le CNP Cardiovasculaire et le CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive et s'est assurée que tous avaient répondu.

Elaboration de recommandations relatives à la structuration de nouvelles démarches d'évaluation des dispositifs médicaux numériques (DMN) à usage professionnel

La HAS a fait part de son intention d'instaurer un cadre de confiance pour l'utilisation de ces technologies, en proposant de nouveaux processus d'évaluation adaptés aux spécificités des DMN à usage professionnel. L'enjeu est double : il s'agit de structurer une véritable démarche d'évaluation de l'intérêt de ces technologies et de favoriser la production précoce de données permettant l'évaluation technologique.

Le président de la FSM, Frédéric Fossati, a été entendu en tant que partie prenante. Il a fait part de son accord pour que la FSM participe aux ateliers de co-création qui doivent porter sur deux volets complémentaires :

1. L'identification de processus d'évaluation adaptés aux DMN à usage professionnel ;
2. La construction de preuves dès les premiers usages pour la réalisation de ces évaluations.



Travaux sur les parcours de soins

La FSM a participé à une réunion des parties prenantes concernant « la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement de suivi des personnes avec maladies graves ou évolutives ».

Ces travaux sont issus de la nouvelle proposition de loi qui vise à développer les soins palliatifs et à mettre en œuvre la stratégie décennale des soins d'accompagnement présentée par le gouvernement en avril 2024 pour renforcer les soins palliatifs, améliorer la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la fin de vie.

L'article 14 de cette proposition de loi met en place un dispositif de soutien à la personne, dans le cadre de l'annonce du diagnostic d'une affection grave. Ce dispositif de soutien s'articulera autour de temps d'échanges sur l'anticipation, la coordination et le suivi de leur prise en charge globale en vue de la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement, dont les contours dépendent des besoins et des préférences du patient. Ce plan personnalisé d'accompagnement permettra donc, dès le diagnostic, aux patients d'exprimer leurs préférences et aux professionnels d'élaborer la prise en charge globale adaptée à leur situation.



FONCTIONNEMENT INTERNE

AG et CA de la FSM p. 78

Equipe de la FSM p. 78

● ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FSM

Ordres du jour des réunions de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration en 2025.

Assemblée générale de la FSM

AG du 11 avril 2025

- Présentation du rapport de gestion 2024
- Présentation du rapport financier 2024
- Présentation du rapport sur les comptes 2024 du Commissaire aux comptes
- Approbation des comptes 2024
- Affectation du résultat
- Vote du montant des cotisations 2025
- Actualités Certification périodique et DPC
- Questions diverses

AG du 19 décembre 2025

- Point Certification périodique et évolution du DPC :
 - actualités
 - transmission des référentiels à la DGOS
- Débriefing de la journée du CNOM
- Avancée des travaux du HCN - Actes à surcoût
- Réflexion sur les modalités de gestion de la liste en sus
- Date des instances pour la validation des comptes de l'exercice 2025 : CA et AG vendredi 10 avril 2026 après-midi au FIAP
- Questions diverses

Conseil d'Administration de la FSM

CA du 11 avril 2025

- Présentation du bilan financier 2024 et vote de l'arrêté des comptes
- Registres retenus dans le cadre du troisième appel à projets Grand défi IA et Santé
- Mise en place d'un groupe de travail sur les dépenses que peuvent effectuer les CNP, selon quelles modalités
- Questions diverses

CA du 12 décembre 2025

- Compte rendu des travaux menés par le comité Chirurgie et Activités interventionnelles
- Mise en place du comité Structures et gouvernance
- Mutualisation temps de secrétariat entre CNP
- Questions diverses

● ÉQUIPE DE LA FSM

Mélanie Anger a démissionné en juin et Caroline Collin n'a pas renouvelé sa mise en disponibilité en septembre.

JOURNÉE DE LA FSM



CERTIFICATION PERIODIQUE



REGISTRES DE PRATIQUES

20
MARS

Amphithéâtre Henri Rouvillois
- Val-de-Grâce -
1 place Alphonse Laveran
75005 PARIS

Inscription gratuite mais **OBLIGATOIRE**

9h30 **Accueil café**

9h45 **Mots d'accueil**

Modérateur de la matinée : Pr Serge Uzan, Doyen honoraire Sorbonne Université, Représentant du CNOM et de France Université pour la Certification et le DPC

La certification périodique

10h00 **Présentation du dispositif canadien**

Pr Sam J Daniel, Directeur du Département de chirurgie pédiatrique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill, personnalité qualifiée au sein de l'Instance collégiale du Conseil National de la Certification Périodique

10h30 **Présentation de la démarche adoptée par la FSM et le comité PPC**

Pr Philippe Orcel, Co-responsable du Comité PPC de la FSM

10h50 **Présentation du contenu des référentiels**

Bloc 1 : Dr Thomas De Broucker, CNP de Neurologie

Bloc 2 : Dr Matthieu Closon, CNP d'Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

Bloc 3 : Dr Isabelle Aimone-Gastin, CNP de Biologie Médicale

Bloc 4 : Pr Anne Bourgarit, CNP de Médecine Interne

DISCUSSIONS ET PAUSE

11h30 **Le compte de certification périodique, Ma Certif Pro Santé**

Jérôme Wojciekowski, Directeur de Programme e-santé à l'Agence du Numérique en Santé

12h00 **Table ronde : les questions en suspens, ce qu'il reste à faire, les attentes, le calendrier**

- Marie Daudé, Directrice Générale de la DGOS
- Dr François Arnault, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Nadiège Baillet, Présidente du Conseil National de la Certification Périodique (CNCP)
- Pr Benoit Veber, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine
- Dr Caroline Di Lorenzo-Kas, Collège de la médecine générale, Présidente de la Commission professionnelle des médecins du CNCP
- Dr Killian L'helgouarc'h, Président de l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)
- Dr Francis Dujarric, Co-responsable du Comité PPC de la FSM

DISCUSSIONS ET DEJEUNER

Les registres de pratiques

14h00 **Santé et Intelligence Artificielle**

Pr Bernard Nordlinger - membre de l'Académie de Médecine

14h30 **Les registres de pratiques mis en place par les CNP et la FSM**

- Introduction du Pr Olivier Goëau-Brissonnière
- Intérêts des registres : Pr Marcel Dahan, coordonnateur du registre EPITHOR
- Présentation de projets
 - Registre AGEARISK - Parcours périopératoire du sujet âgé en chirurgie majeure, Pr Serge Molliex, coordonnateur
 - Registre créé pour un nouvel acte : l'angiomammographie, Pr Corinne Balleyguier, coordonnateur

15h30 **L'interopérabilité, où en est-on ? Comment faciliter le développement des registres ?**

Yoani Matsakis, PDG de la société Telemedicine Technologies

16h00 **Table ronde sur les perspectives**

- Dr Jean Yves Grall, membre du Collège de la HAS, Président de la CNEDIMS
- Vincent Gazin, Directeur adjoint Europe et Innovation de l'ANSM
- Dr Christian Espagno, Président du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN)
- Pr Eric Vicaut, directeur de l'Unité de recherche clinique Lariboisière Saint-Louis
- Dr Jean-François Thébaud, Vice-Président de la Fédération Française des Diabétiques

La FSM réunit 41 CNP et 6 CNP associés

Allergologie

Médecine d'Urgence

Biologie Médicale

Néphrologie

Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

Oncologie

Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire

Addictologie

Médecine du Sport

Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent

Urologie

Hépto-Gastro-Entérologie

Santé Publique

Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelles Tissulaires et Cellulaires

Biologie des Agents Infectieux - Hygiène Hospitalière

Médecine du Travail

Hématologie

Ophthalmologie

Médecine Vasculaire

Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale

Orthopédie Dento-Faciale - Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale

Chirurgie Viscérale et Digestive

Radiologie et Imagerie Médicale

Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition

Rhumatologie

Neurologie

Psychiatrie

Chirurgie Maxillo-Faciale, Stomatologie et Chirurgie Orale Médicale

Médecine Légale et Expertises Médicales

Maladies Infectieuses et Tropicales

Pédiatrie

Gériatrie

Médecine Intensive - Réanimation

Anatomie et Cytologie Pathologiques

Dermatologie et Vénérologie

Génétique Clinique, Chromosomique et Moléculaire

Pneumologie

Médecine Physique et Réadaptation

Médecine Palliative

Cardiovasculaire

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

ORL et CCF

Médecine Interne

Médecine Nucléaire

Neurochirurgie

