Brèves du cahier 53

Publié le 21 juin 2025 par La rédaction



©

La SFMP s'alarme de nouveau de la mortalité infantile en France

Rares sont les chiffres de l'Insee qui marquent autant les esprits. *« Avec 4,1 décès (d'enfants avant leur premier anniversaire) pour 1 000 naissances en 2023, la France se retrouve en queue de peloton européen (23e sur 27), alors qu'elle était en position d'excellence au début des années 2000 »*, se désole la Société française de médecine périnatale (SFMP) dans un communiqué. Le constat sur la périnatalité en France ne date malheureusement pas d'aujourd'hui et la situation ne s'améliore pas : *« après avoir reculé très fortement au cours du vingtième siècle, ce taux (de mortalité infantile) ne baisse plus depuis 2005 »*, rapportait l'Insee en 2024.

Pour l'Ined, c'est bien cette stagnation qui explique la dégringolade de la France en l'espace de trente ans dans le classement européen pour la survie des enfants, la tendance étant inverse chez nos voisins européens, comme l'explique Magali Barbieri, directrice de recherche à l'institut, dans une analyse publiée dans *Conjecture démographique. « En comparaison, la Suède affiche un taux de mortalité infantile de 2,5 pour 1000, soit presque deux fois inférieur à celui de la France »*, cite-t-elle. *« Les professionnels de la santé tirent la sonnette d'alarme depuis plusieurs années (…) sans être entendus »*, fustige la SFMP. La SFMP dénonce *« la pénurie croissante des professionnels en salle d'accouchement »*. Pour la société savante, la responsabilité de la dégradation de l'offre en soins périnataux incombe *« avant tout au manque total de vision d'ensemble et d'anticipation des pouvoirs publics »*. En France, lorsqu'une maternité ferme, *« les agences régionales de santé répercutent l'activité sur d'autres établissements sans évaluer et renforcer les moyens nécessaires »*, pointe la Pr Delphine Mitanchez, présidente de la SFMP, insistant sur *« l'effet domino ». « Les établissements qui semblaient les plus solides se retrouvent à leur tour en difficulté pour assurer la qualité des soins et la sécurité des mères et de leur bébé »*, poursuit-elle.

La SFMP soutient la mise en place d'un registre national des naissances et des décès périnataux dans l'objectif de mieux cerner les facteurs en jeu. D'autres causes – tels que facteurs médicaux et santé des mères, inégalités sociales d'accès aux soins – sont également à explorer, considère l'Ined.

Ce que révèle l'atlas de la démographie médicale 2025

Hausse modérée des effectifs de médecins en activité (+1,7 % sur un an) mais baisse continue des généralistes libéraux, rajeunissement de la profession, parité hommes/femmes, répartition toujours déséquilibrée… Le nouvel atlas ordinal de la démographie médicale en France, au 1er janvier 2025 esquisse un visage renouvelé de la profession. Avec un pavé dans la mare : s'appuyant sur des projections à l'horizon 2040, l'Ordre alerte aujourd'hui sur… le risque d'un excès de médecins formés ! C'est inaudible, mensonger et corporatiste.

Au 1er janvier 2025, le nombre de médecins inscrits en activité totale (régulière, intermittente, cumul emploi retraite) atteint 241 255 praticiens, soit une variation légèrement positive de 1,7 % par rapport à 2024 et un bond de 11,9 % par rapport à 2010. Cette hausse représente exactement 3 955 médecins supplémentaires en activité sur un an.

Le visage de la profession se transforme : le poids des actifs réguliers parmi les médecins en activité ne cesse de diminuer depuis 2010 (désormais seulement 83 %), au profit des intermittents et des retraités actifs. Ainsi, les effectifs des médecins en activité régulière n'ont que légèrement augmenté entre 2010 et 2025 (+0,6 %) tandis que ceux des intermittents et des retraités actifs ont respectivement bondi de 71 % et de 307 % sur cette même période.

La hausse globale des effectifs médicaux en 2024 masque des disparités fortes. Des spécialités ont subi des pertes nettes de praticiens actifs réguliers au cours de l'année 2024 comme la chirurgie générale (- 98 médecins), la gynécologie médicale et obstétrique (- 89 médecins) et l'ORL (- 80 médecins). Les 42 autres spécialités connaissent une balance positive : les qualifications les plus excédentaires concernent la médecine d'urgence (+478 médecins), l'anesthésie-réanimation (+236 médecins) et la pédiatrie (+194 médecins).

Concernant spécifiquement la médecine générale, l'évolution est loin de l'embellie avec une érosion de cette spécialité depuis 2010. Au 1er janvier 2025, les omnipraticiens en activité régulière ne représentent plus que 40,7 % des effectifs médicaux totaux (46,5 % pour les spécialistes médicaux et 12,7 % pour les spécialistes chirurgicaux) alors qu'ils constituaient presque la moitié de la profession 15 ans plus tôt.

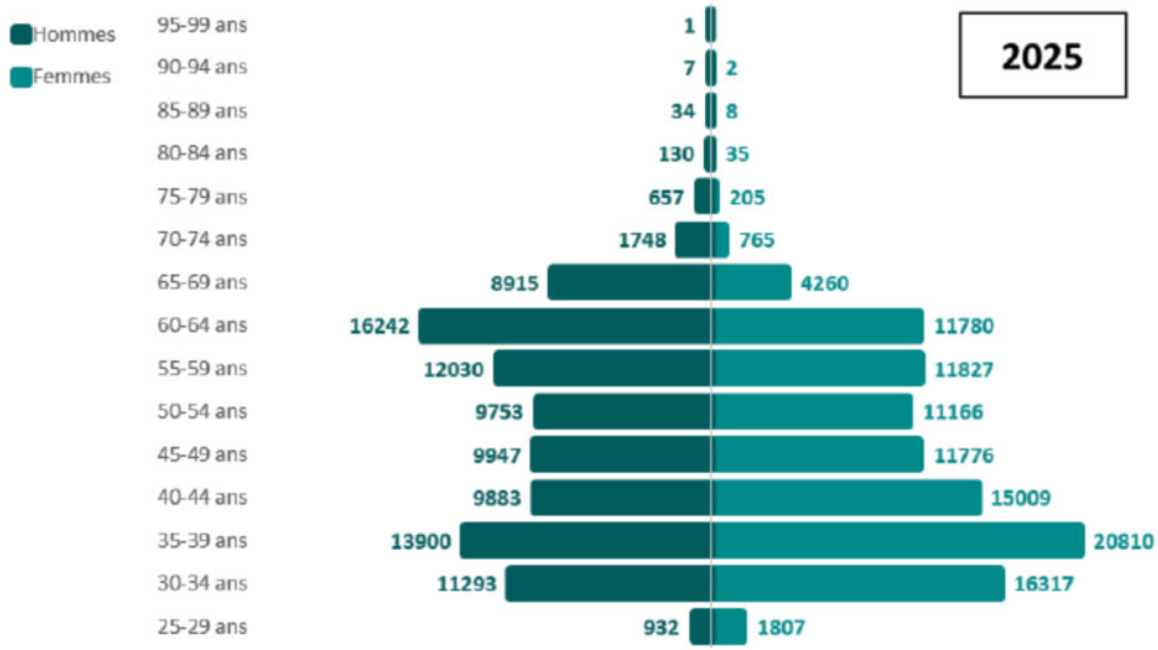
Et concernant plus précisément les généralistes libéraux en activité régulière, *« la baisse atteint 19,1 % depuis 2010 et encore de 1,3 % sur 2024-2025, portant leur nombre à 45 468 »*. Si l'activité libérale exclusive reste le mode d'activité principal chez les généralistes (55 % des effectifs), elle est fortement grignotée par le salariat (38 %) et l'exercice mixte (7 %).

Mais derrière ce constat général, l'observation de l'âge moyen des médecins en activité par département au 1er janvier 2025 visualise une diagonale de l'Hexagone s'étendant du nord-est à l'intérieur du sud-ouest de la métropole, suivant la fameuse « diagonale

du vide » décrite depuis longtemps. Ainsi, les départements dont les médecins sont les plus âgés sont l'Yonne, l'Indre et le Lot. La Lozère, la Haute Marne et la Nièvre sont les départements métropolitains ayant le plus vieilli, d'environ quatre ans en 15 ans.

À l'inverse, les départements les plus jeunes se situent principalement au nord-ouest de la métropole, à proximité de la façade Atlantique, à l'instar du Finistère, de la Loire Atlantique ou du Maine et Loire. Cette situation très variable pose des défis immédiats d'accès aux soins, notamment en médecine générale. Dans certains départements, plus de 50 % des généralistes ont plus de 60 ans (comme le Lot, la Lozère, l'Yonne).

La féminisation se confirme pour l'ensemble des médecins, y compris pour les généralistes. Alors qu'en 2010 les femmes représentaient 40,1 % des médecins en activité, elles comptent désormais pour 49,9 % en 2025. En termes d'effectifs, au 1er janvier 2025, ce sont 120 429 femmes et 120 824 hommes qui sont en activité. Et si l'on ne considère que l'activité « régulière », les femmes sont majoritaires – le taux de féminisation atteignant 52,6 %. Début 2025, ce sont 105 767 femmes et 95 472 hommes qui sont inscrits comme médecins en activité régulière.



Pyramide des âges des médecins en activité régulière en 2025 et répartition hommes/femmes

Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France

En 2024, 2 700 enfants de moins d'un an sont décédés en France, soit 4,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Depuis 2011, le taux de mortalité infantile augmente, une hausse uniquement médiée par celle au cours du premier mois.

Le taux de mortalité infantile en France, l'un des pays de l'Union européenne les moins bien classés en la matière, continue d'augmenter, avec 2 700 enfants de moins d'un an décédés en 2024, selon une étude de l'Insee publiée ce 10 avril.

Depuis 2011, ce taux de mortalité infantile a *« légèrement augmenté »*, passant de 3,5 décès pour 1 000 enfants nés vivants à 4,1 pour mille en 2024, précise l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Cette hausse s'explique uniquement par celle de la mortalité de 1 à 27 jours de vie, qui est passée de 1,5 pour 1000 à 2,0 pour 1 000.

Le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer que métropolitains, *« la pauvreté y étant plus répandue, ce qui peut influencer la santé de l'enfant »* et les femmes y connaissant *« davantage de problèmes de santé »*. Un constat comparable pour les mères nées en Afrique, le taux de mortalité étant de 4,6 pour 1000 pour celles nées au Maghreb et de 7,5 pour 1000 pour celles nées dans un autre pays d'Afrique (dont le suivi de grossesse est inadéquat dans 35 % des cas, versus 17 % pour les mères nées en France). La part de nouveau-nés ayant une mère née à l'étranger a augmenté, *« ce qui a affecté à la hausse le taux de mortalité infantile, de 0,1 point pour 1 000 »*, lit-on.

Fin de vie : impossible de définir un pronostic temporel individuel, estime la HAS

En amont de l'examen dans l'Hémicycle de la proposition de loi ouvrant un droit à l'aide active à mourir, à partir du 12 mai, la Haute Autorité de santé juge impossible de déterminer avec certitude un pronostic temporel individuel. Et elle décrit la phase avancée non pas par une notion de temporalité mais comme l'entrée dans un processus irréversible.

« En l'absence de consensus médical, il s'avère impossible, quel que soit le critère retenu, de définir avec une certitude suffisante un pronostic temporel individuel », affirme la HAS. *« À ce jour, il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé* "à moyen terme"*, ni sur la notion de* "phase avancée" *lorsqu'elles sont envisagées dans une approche individuelle*. Aucun pays européen n'a retenu un critère d'ordre temporel dans la définition du « moyen terme ». Certains, comme le Québec, y ont même renoncé après une période d'application, argumente la HAS.

Les experts insistent alors sur l'importance de la collégialité, dans le processus d'accompagnement et délibération, en amont d'une demande d'aide à mourir.

Réussite d'une première

thérapie génique personnalisée Crispr/Cas9 chez un bébé atteint d'une maladie rare

Une avancée formidable : K.J. Muldoon, un nourrisson de 10 mois, est le premier patient au monde traité avec succès par une thérapie génique personnalisée utilisant Crispr/Cas9 pour un déficit sévère en carbamoyl-phosphate synthétase 1 (CPS1), une maladie métabolique ultra-rare (1 pour 1 300 000).

L'équipe, issue de l'hôpital pour enfants de Philadelphie (CHOP) et de la faculté de médecine de Pennsylvanie, rapporte ce 15 mai que l'enfant « *grandit et se développe bien* », après avoir dû passer les premiers mois de sa vie à l'hôpital. Le déficit sévère en CPS1 – dont la mortalité est estimée à 50 % dans la petite enfance – se manifeste par une incapacité à décomposer complètement les sous-produits du métabolisme des protéines dans le foie entraînant une accumulation toxique d'ammoniac. Le traitement repose, in fine, sur une greffe du foie, si le patient est médicalement stable et suffisamment âgé.

K.J. a reçu la première dose de sa thérapie expérimentale sur mesure en février 2025, à l'âge de sept mois, puis deux autres en mars et avril 2025. À ce jour, le nourrisson n'a pas souffert d'effets indésirables graves, et a toléré une augmentation des protéines alimentaires ainsi qu'une diminution de moitié de ses traitements dès 7 semaines après la première injection, « *signes de l'efficacité de la thérapie* », selon les médecins. « *Un suivi plus long est encore nécessaire pour évaluer pleinement les bénéfices*, estiment-ils cependant. *Même si K.J. doit être surveillé de près jusqu'à la fin de sa vie, nos premiers résultats sont très prometteurs* ». Dans ce nouveau travail, les auteurs estiment que leur « *modèle* » de personnalisation de thérapie génique utilisant les ciseaux moléculaires permettrait de « *traiter plus de 90 % des variants pathogènes dans les maladies génétiques qui, bien que rares individuellement, affectent collectivement des*

centaines de millions de personnes dans le monde entier ». « Les promesses de la thérapie génique dont nous entendons parler depuis des décennies sont en train de se concrétiser et vont transformer radicalement notre approche de la médecine », espèrent les médecins de Philadelphie.