

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Mme Corinne Imbert, rapporteure, sénatrice LR de Charente-Maritime, ancienne Maire de Beauvais-sur-Matha, pharmacienne

Questionnaire à l'attention des syndicats représentatifs
des médecins libéraux (JM, MG France, SML, UFML Syndicat, CSMF, FMF, Avenir Spé-Le Bloc)

Préparation de l'audition en bilatérale du vendredi 7 novembre 2025

Réponses de Jeunes Médecins

Ondam

1. Quel regard portez-vous sur les projections relatives à l'Ondam 2026 et le sous-objectif « soins de ville » ?

- **ONDAM global à +1,6 % trop restrictif** : l'enveloppe totale ne permet pas de répondre aux besoins croissants du système de santé, priorisant les économies sur la qualité des soins ;
- **Insuffisance flagrante du sous-ONDAM "soins de ville" à +0,9 %** : cette progression est inférieure à l'inflation et à la croissance démographique, ce qui traduit une austérité inacceptable qui appauvrit les soins ambulatoires et menace l'accès aux soins pour les patients ;
- **Impact sur l'accès aux soins de qualité** : en respectant simplement les nouvelles recommandations de bonnes pratiques médicales (exemple de la vaccination contre le zona) et en tenant compte des dernières innovations thérapeutiques, nous pouvons être certains que l'ONDAM sera déjà dépassé. Est-ce acceptable pour nos citoyens de les discriminer sur l'accès aux soins de qualité et sur quels motifs ?
- **Impact direct sur les jeunes médecins** : cette politique décourage l'installation en libéral, aggravant les déserts médicaux et l'épuisement professionnel des praticiens ;
- **Appel à une revalorisation urgente** : il faut un PLFSS recentré sur les patients et non sur les coupes budgétaires avec un sous-ONDAM "soins de ville" à au moins +3 % afin de préserver la médecine libérale. En effet, les "soins de ville" sont cruciaux et ne peuvent être sous-financés : ils représentent environ 20 % de l'ONDAM mais prennent en charge plus de 80 % des consultations en France.

Article 18 – Extension du champ des participations forfaitaires et des franchises

2. Quel regard portez-vous sur l'extension du champ de la participation forfaitaire aux actes et consultations des chirurgiens-dentistes ? Vous semblerait-il pertinent de soumettre les actes et consultations des sages-femmes à cette même participation forfaitaire ?

- Nous ne pouvons pas nous exprimer au nom des chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;
- Si nous devons nous exprimer, nous serions défavorables à ces extensions des participations forfaitaires, d'autant plus que la pratique dentaire est souvent "pluriacte" par séance et que les sages-femmes ont un rôle-clé dans la périnatalité.

3. Quel regard portez-vous sur l'inclusion des dispositifs médicaux dans la franchise annuelle ?

- **Opposition à l'inclusion des dispositifs médicaux dans la franchise annuelle** : cette mesure augmenterait les restes à charge, particulièrement pour les patients chroniques ou handicapés dépendants de ces équipements ;
- **Économies marginales / coût sanitaire élevé** : les économies attendues sont négligeables face au montant de l'ONDAM et aux conséquences sur la santé publique (hospitalisations évitables, complications...).

4. Le nouveau mode de recouvrement proposé des participations forfaitaires et franchises, fondé sur un paiement direct au professionnel de santé en cas de tiers-payant, est-il susceptible de générer des difficultés d'application ? Comment le professionnel saura-t-il lorsque le patient est exonéré de participation forfaitaire ou de franchise, ou lorsqu'il a déjà atteint les plafonds applicables ?

- **Oui, le nouveau mode de recouvrement des participations forfaitaires et franchises va générer des difficultés d'application** : il complexifie la gestion administrative, surchargeant les médecins déjà débordés par la bureaucratie alors que le but devrait être de récupérer du temps médical. Si la CNAM veut mettre en place ces franchises, alors elle doit assumer ;
- **De plus, l'identification des exonérations posera d'autres problèmes** : les professionnels de santé n'ont pas accès en temps réel aux informations sur les exonérations (ALD, maternité, CMU-C) ou les plafonds atteints (pour les participations forfaitaires et franchises) car les bases de données de l'Assurance-Maladie ne sont pas toujours synchronisées ou accessibles. Il en résultera des erreurs de facturation et des tensions avec les patients alors que les violences contre les professionnels de santé atteignent déjà un niveau très élevé ;
- **Le rôle des médecins est de soigner, pas d'être percepteurs de franchises auxquelles ils sont opposés.**

Article 19 – Prévenir l'augmentation des ALD par des parcours d'accompagnement préventif

5. Ce dispositif qui vise à prévenir l'entrée en ALD vous paraît-il de nature à faciliter le repérage précoce et l'accompagnement de pathologies chroniques à risque d'évolution vers des formes plus sévères ? Craignez-vous qu'un tel dispositif puisse avoir pour effet de limiter l'accès de certains patients au régime des ALD ?

- **Potentiel positif mais limité** : pour que les patients adhèrent aux parcours d'accompagnement préventif, la proximité est clé donc ce dispositif doit relever de la médecine de ville. Or le sous-financement du sous-ONDAM "soins de ville" va à l'encontre de l'ajout de nouvelles missions puis à leur mise en oeuvre efficace ;
- **Manque de moyens concrets** : sans financement suffisant ni coordination renforcée (médecins traitants, spécialistes et paramédicaux), ce dispositif resterait théorique, surchargeant les professionnels de santé sans améliorer réelle de la prise en charge des patients ;
- **Oui, un tel dispositif peut avoir pour effet de limiter l'accès de certains patients aux régimes des ALD.** Le PLFSS 2026 est tellement centré sur une volonté d'économies budgétaires qu'il ne fait aucun doute que les parcours d'accompagnement préventif ont pour **objectif caché de permettre une redéfinition des ALD avec des critères administratifs très restrictifs**, privilégiant les économies à court terme face aux données scientifiques, aux conséquences médicales et aux coûts induits à moyen et à long termes.

6. L'application d'un régime d'accord préalable de l'assurance maladie pour autoriser la prise en charge des actes prescrits vous paraît-elle adaptée ? Peut-elle selon vous être désincitative à la réalisation des soins ou prestations prescrits, du fait des formalités administratives associées à ce régime ?

- **Non, un tel régime d'accord préalable ne serait pas adapté** : pour rappel, la nécessité d'une demande d'entente préalable existe déjà dans plusieurs situations et son efficacité est discutable. C'est encore une mesure bureaucratique qui complexifie l'exercice des médecins et réduit le temps consacré aux soins alors qu'il faudrait l'augmenter ;
- **Oui, cette réforme aurait un effet désincitatif sur les soins** : les délais de réponse et justificatifs toujours plus nombreux risquent de décourager les prescriptions d'actes nécessaires, retardant la prise en charge et aggravant les inégalités d'accès aux soins ;
- **Nous demandons le retrait de ce dispositif.** Au contraire, il faut des procédures simplifiées. **Où est le choc de simplification administrative tant promis ?**

7. Jugeriez-vous opportun de renforcer l'encadrement des nouveaux parcours d'accompagnement préventif :

- en limitant les prescripteurs autorisés (médecin traitant, médecin régulièrement impliqué dans le suivi du patient, ou médecin spécialiste consulté dans le cadre du parcours de soins coordonné) ?
- en plafonnant le nombre d'actes réalisables dans un parcours ?

Non, ce ne serait pas opportu n.

Les limitations et plafonds évoqués n'ont aucun sens car les patients ne "surconsommement" pas des soins par "effet d'aubaine".

En revanche, la coordination et le partage d'informations entre les différents acteurs resteraient clés.

Article 20 – Renforcer la politique vaccinale

8. Soutenez-vous la création d'une obligation de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé libéraux ? Identifiez-vous des difficultés pour la mise en œuvre d'une telle obligation ?

- **L'obligation vaccinale serait logique pour tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, la vraie question reste la faisabilité pour un vaccin qui est annuel ;**
- Oui, une telle obligation rencontrerait des difficultés de mise en œuvre en termes d'accès aux vaccins, de logistique (lieux et plages horaires de vaccination), de contrôles du respect de cette obligation vaccinale et de sanctions ;
- **Il faut arrêter les mesures désincitatives vis-à-vis de l'exercice libéral et rester cohérent pour la santé publique.**

9. Disposez-vous de données permettant d'estimer le taux de vaccination contre la grippe des professionnels de santé libéraux ?

Non. En fonction des sources, ce taux est estimé entre 20 et 30 %.

10. Comment pourrait être contrôlé le respect de ces nouvelles obligations vaccinales ?

- **Par auto-déclaration sur Ameli-Pro**, en mentionnant date d'injection, nom du vaccin et numéro de lot ;
- **Par réalisation par la médecine du travail**
- Il faut arrêter d'empiler les plateformes coûteuses et surcouches bureaucratiques.

Article 21 – Améliorer l'accès aux soins

Création d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire

11. Quel regard portez-vous sur la création d'un contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire ?

- a. Un tel contrat vous paraît-il pouvoir contribuer à améliorer l'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles ?
- b. Un tel contrat vous paraît-il pouvoir répondre aux aspirations des jeunes praticiens ?

Commenté [1]: A compléter +++ SVP

- c. Vous paraît-il suffisamment attractif pour des jeunes médecins non installés ou récemment installés ? Sinon, à quelles conditions pourrait-il l'être ?
- d. Les quatre missions proposées vous paraissent-elles pertinentes, ou excessivement contraignantes ?

Jeunes Médecins soutient l'objectif de renforcer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

Le complément de revenu est calculé sur le nombre de consultations réalisées sur un mois avec un minimum de 10 consultations par jour pendant 4 jours par semaine (rare, surtout en zone sous-dotée) et serait épuisé si l'activité moyenne était atteinte (environ 22 consultations par jour sur 5 jours par semaine).

Par ailleurs, un de ses leviers d'attractivité réside en une meilleure protection sociale, notamment en cas de congé maternité. Alors que la profession s'est largement féminisée, pourquoi ne pas étendre une protection sociale adaptée à l'ensemble des médecins libéraux ? Il s'agit là d'un frein structurel à l'installation et donc à l'accès aux soins.

En revanche, il faut être réaliste : **quel que soit son contenu, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ne suffira pas pour faire oublier les attaques structurelles récurrentes contre l'exercice libéral.** Ce maquillage est largement insuffisant.

- a. Mauvaise contribution à l'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles

Pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les zones fragiles, il convient avant tout de s'assurer que l'accès aux services publics y soit effectif. Par ailleurs, les médecins ne demandent pas de subventions conditionnées à des objectifs inadaptés mais des dispositifs d'accès au foncier (prêts à taux zéro par exemple) et d'aide à la coordination pour lutter contre l'isolement et améliorer l'efficacité des soins.

- b. Mauvaise réponse aux aspirations des jeunes praticiens

Les jeunes médecins aspirent à une souplesse d'exercice alors que le contrat de PTMA empile les engagements contraignants.

De plus, ce contrat **manque de vision à long terme**, ce qui est incohérent avec le temps long d'une carrière médicale.

- c. Attractivité insuffisante pour des jeunes médecins non installés ou récemment installés

Car inadapté à l'activité réelle des médecins (nombre de consultations par mois) et à leurs aspirations (exercice coordonné, facilité d'accès à un plateau technique, aux spécialistes de 2nd recours voire à un hôpital support).

- d. Pertinence et contraintes des quatre missions proposées

Il convient de **co-construire** un tel dispositif avec les professionnels de terrain et de proximité (les besoins des territoires varient) afin qu'il soit réellement attractif tout en répondant aux besoins des territoires fragilisés.

12. Vous paraît-il pertinent de circonscrire ce contrat à la médecine générale ? Pour quelles raisons ?

Non, ce n'est pas pertinent car les zones fragiles manquent aussi de médecins des autres spécialités (pédiatres, gynécologues, psychiatres...).

Il faut créer des pôles de santé pluridisciplinaires. L'attractivité pour les médecins de 1er recours est directement liée à celle des médecins de 2nd recours car ils travaillent ensemble pour une bonne prise en charge des patients.

Création de structures de soins non programmées

13. Dans quelle mesure et dans quelles conditions la création de nouvelles structures de soins non programmées partiellement régulées par les ARS vous paraît-elle pouvoir contribuer à répondre à l'accès aux soins dans les territoires fragiles ?

Ce sujet délicat présente 2 risques majeurs : celui de la financiarisation de la santé et celui de l'incitation au consumérisme médical de mauvaise qualité.

Théoriquement, si ces structures répondent de manière pertinente aux besoins de la population médicale en étant bien coordonnées, elles seraient utiles pour l'accès aux soins (sous réserve que leur modèle économique soit "vertueux" et donc indépendant de fonds d'investissement).

Une régulation à l'implantation semble donc intéressante entre l'ARS, le département et les professionnels de santé du territoire (CPTS), tout en gardant à l'esprit d'encourager l'organisation locale pour la PDSA et les SNP.

Il peut aussi être intéressant de réfléchir à une forme de régulation par la pédagogie à l'accès aux CSNP pour les patients afin de limiter au mieux l'effet du consumérisme.

14. Les conditions prévues pour l'ouverture et l'implantation de ces nouvelles structures, peu restrictives, vous paraissent-elles adaptées et suffisantes ? Craignez-vous un risque de financiarisation de l'activité de ces structures ? Pour quelles raisons ?

Le risque de financiarisation est élevé avec notamment un détournement des soins primaires en filières visant à alimenter les blocs opératoires des cliniques, en excluant les patients les plus fragiles.

Pour réduire le risque de financiarisation, les autorisations d'activité doivent être non cessibles et attribuées à des médecins ou à des sociétés médicales, dont la responsabilité peut être engagée, contrairement à des SARL et SAS, qui sont des sociétés commerciales à responsabilité limitée.

15. Le Gouvernement a fait part de son intention d'harmoniser l'organisation et le financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du service d'accès aux soins (SAS) afin de réduire la complexité du champ des soins non programmés.

a. Ce sujet a-t-il fait l'objet d'échanges avec le ministère de la santé ?

b. Quelles attentes exprimez-vous en la matière ?

a. Échanges avec le ministère de la Santé :

Les échanges avec le ministère de la Santé sont d'autant plus difficiles que le turn-over ministériel est élevé.

b. Attentes exprimées :

La simplification passe par :

- **Une harmonisation sur les cas d'usage via une charte** (trop grande variabilité inter-départementale)
- un **numéro unique** ;
- avec **régulation libérale** ;
- et **participation basée sur le volontariat** ;
- Pour être efficace, il ne suffit pas de demander l'avis des intéressés : une **co-construction** avec les URPS de médecins libéraux est nécessaire.
- Il faut garder à l'esprit que la **régulation en journée présente une limite** : elle mobilise un médecin qui ne sera pas à son cabinet.
- Il est nécessaire d'intégrer la **formation à la PDSA et au SAS dans le DES de médecine générale**

Article 24 – Prévenir les phénomènes de rente

16. Quel regard portez-vous sur la mise en place d'un mécanisme de correction unilatérale de baisse des tarifs, après échec des négociations conventionnelles, en cas de constatation d'une rentabilité excessive dans un secteur ?

Nous y sommes fermement opposés car cela nie toute discussion conventionnelle.

La multiplication de ces "49.3 sanitaires" prend le contre-pied total de la rupture méthodologique promise par le Premier Ministre Sébastien Lecornu.

En choisissant l'unilatéralisme brutal plutôt que la co-construction, la CNAM fracture un peu plus notre système de santé, à l'hôpital comme en ville, et aggrave les problématiques d'accès aux soins.

Les baisses de cotations aveugles sont des déremboursements qui ne disent pas leur nom.

La CNAM pénalise les patients autant que les professionnels de santé.

De plus, **le terme de "rente" est indécent au vu de l'intensité du travail effectué par les médecins libéraux.**

L'article 24 doit être retiré du PLFSS 2026.

17. Estimez-vous que les conditions dans lesquelles la situation de rentabilité excessive serait qualifiée sont pertinentes ?

Non, ces conditions ne sont pas pertinentes.

Elles sont même problématiques car volontairement floues, non contradictoires, ne tenant pas compte des charges élevées, de l'importance des investissements, du temps de travail ni de l'intensité du travail.

L'article 24 doit être retiré du PLFSS 2026.

18. Quelle analyse faites-vous de la disposition prévoyant que le directeur de l'Uncam fixe unilatéralement les tarifs des forfaits techniques d'imagerie ?

Nous y sommes fermement opposés, pour les mêmes raisons que ci-avant.

C'est une mesure autoritaire qui bafoue les négociations conventionnelles, menaçant l'existence même de la médecine libérale.

Dans la vraie vie, les coûts explosent : employés, électricité, produits de contraste désormais à fournir par les bénéficiaires des forfaits techniques...

L'article 24 doit être retiré du PLFSS 2026.

19. Quelles conséquences anticipez-vous de la régulation des tarifs des actes de dialyse et de l'alignement des tarifs de radiothérapie entre l'hôpital et la ville, fixé au 1er janvier 2027 ainsi que des étapes de convergence prévues à compter de 2026 ?

Cette mesure coercitive est tout aussi inacceptable.

L'article 24 doit être retiré du PLFSS 2026.

Article 25 – Étendre les accords de maîtrise des dépenses aux soins dentaires

20. Les dispositions de l'article 25 permettent la conclusion d'accords nationaux de maîtrise des dépenses entre la Cnam et les syndicats représentatifs de médecins, dans le champ des soins dentaires. De tels accords vous semblent-ils utiles et nécessaires pour maîtriser les dépenses ?

- Nous ne pouvons pas nous exprimer au nom des chirurgiens-dentistes. Vous vouliez probablement écrire "entre la Cnam et les syndicats représentatifs de **chirurgiens-dentistes** ;
- Si nous devions nous exprimer, nous serions défavorables à de tels accords, qui se limitent à une approche comptable au détriment de l'accès aux soins bucco-dentaires, qui est déjà très difficile.

Article 26 – Décourager la pratique des dépassements d'honoraires

21. Quels sont les principaux facteurs expliquant le développement constaté depuis 2019 de la pratique des dépassements d'honoraires ?

Les "tarifs conventionnels" constituent les bases de remboursement des assurés par la CNAM.

Du fait d'une approche purement comptable, la CNAM bloque voire baisse ces bases de remboursement depuis plus de 20 ans, a fortiori en euros constants.

En ne suivant ni l'inflation ni l'augmentation des charges des praticiens, les "tarifs conventionnels" sont désormais complètement déconnectés de la réalité et tuent toute possibilité d'exercice libéral en secteur 1 dans de nombreuses spécialités.

En réalité, ce sont les tarifs des praticiens en secteur 2 qui sont aujourd'hui les plus proches du coût de la pratique.

Le delta, démagogiquement qualifié de "dépassements d'honoraires", reflète le désengagement de la CNAM de son rôle d'Assurance Maladie (part Assurance Maladie Obligatoire).

Les mutuelles et autres organismes complémentaires en profitent pour augmenter leurs tarifs, bien plus fortement que la hausse des remboursements à leur charge, ce qui leur permet d'afficher un trésor de guerre en milliards d'euros et d'acheter des stades de foot au lieu de financer la santé des Français.

Avec ou sans compléments d'honoraires, les honoraires des médecins français sont parmi les plus bas de l'Union Européenne.

Les médecins ne se rémunèrent pas en fonction des tarifs de remboursement de l'assurance maladie (AM), mais de leur travail et de leurs charges (cotisations sociales croissantes uniquement en S2 (dont les recettes de l'AM), inflation etc). Si l'écart entre les bases de remboursement de l'assurance maladie (qui sont figées voire en baisse) et les honoraires des médecins s'agrandit, il faut surtout se poser la question de la pertinence des tarifs de l'AM. Il est indécent de demander à une profession de diminuer ses revenus, et donc prendre le risque de la détruire, pour donner l'illusion du maintien de l'universalité de l'AM. Il est aussi temps de considérer et encadrer la part de l'assurance complémentaire dont les cotisations ont nettement plus augmenté par rapport aux compléments d'honoraires des médecins.

22. Quelles observations souhaitez-vous formuler à propos de la mesure portée par cet article, qui vise à renforcer l'attractivité comparative du secteur 1 ? Quel regard portez-vous, notamment, sur la suppression du droit d'option permettant de ne pas opter pour le régime des praticiens et auxiliaires médicaux (PAMC) ?

Jeunes Médecins est fermement opposé à ce mécanisme pervers : un harcèlement institutionnel des médecins en secteur 2 n'améliorerait pas la situation de ceux qui sont coincés sur l'autre rive du secteur 1.

Du fait de l'absence de revalorisation tarifaire en euros constants, l'alternative au secteur 2 n'est plus le secteur 1 mais le secteur 3 (exercice hors convention).

L'avalanche actuelle de mesures punitives aura pour seul effet d'aggraver la crise de l'installation en libéral et donc les problématiques d'accès aux soins.

23. De quel régime relèvent les praticiens n'optant pas pour le PAMC ?

Ces praticiens relèvent de la Sécurité Sociale des Indépendants (**SSI**, gérée depuis le 1er janvier 2020 par le régime général de la Sécurité sociale).

24. Identifiez-vous d'éventuels effets de bord ou limites à cette mesure ? Si oui, lesquels ?

Oui :

- **Désincitation à l'installation en libéral** : la perte des exonérations temporaires permises par le régime PAMC ne pousse pas vers le secteur 1 mais vers le secteur 3 (hors convention) ou l'exercice à l'étranger ;
- **Aggravation de la crise dans l'accès aux soins** ;
- **Inégalités entre les générations** : cette mesure ne concernerait pas les médecins déjà installés et n'affecterait que les déjà trop rares candidats à l'installation. **Jeunes Médecins ne peut pas accepter une mesure aussi injuste et anti-jeunes.**

25. Pouvez-vous estimer le montant moyen versé par un praticien conventionné au titre de la contribution actuelle ?

Cela dépend beaucoup du BNC.

26. Vous semblerait-il pertinent de prévoir une contribution sur les revenus professionnels des praticiens non conventionnés ?

Non, il faut respecter la liberté d'exercice et arrêter ce sur-mesure punitif, qui décourage l'installation en libéral et ne résout pas les causes structurelles comme la sous-évaluation des tarifs conventionnels.

Les médecins non conventionnés sont déjà surtaxés car ils payent plus de cotisations au titre de l'ASV et à partir de 2026, ils ne bénéficieront pas de la réforme des assiettes de cotisations sociales de la CARMF. Pourquoi les pénaliser alors qu'ils prennent plus de risques et créent de l'emploi ?

De plus, Jeunes Médecins s'interroge sur le fondement juridique d'une telle contribution puisqu'elle n'ouvrirait pas à droit social.

27. Quel regard porteriez-vous sur une mesure visant à interdire les dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographies, coloscopie) ainsi que l'a recommandé la Cnam dans son dernier rapport Charges et produits ?

Nous sommes opposés à une telle mesure car elle ignore les réalités économiques (actes non revalorisés et largement sous-financés par rapport au coût de la pratique médicale en 2025) **et compromet l'accès aux soins.**

Il ne suffit pas d'interdire car les actes correspondants ne seraient plus réalisables économiquement et donc ne seraient tout simplement plus réalisés.

Pour améliorer l'accès aux soins :

- Soit l'Assurance Maladie relance le secteur 1 en augmentant fortement les tarifs correspondants pour ensuite les indexer sur l'inflation ;
- Soit l'Assurance-Maladie veut prioriser d'autres investissements et doit alors soutenir l'accès au secteur 2 (comme sous Raymond Barre). Cette approche pragmatique lui permettrait d'économiser sur le financement des actes (les bases de remboursement de l'Assurance-Maladie sont encore plus basses pour les médecins en secteur 2 que pour ceux en secteur 1) et sur sa contribution aux cotisations sociales des médecins en secteur 1.

La CNAM prétend soutenir le dépistage organisé du cancer du sein mais son Directeur Général vient de prendre la décision unilatérale de baisser le forfait d'achivage qui y est associé pour l'amener à... 0 €.

Article 28 – Limitation de la durée de prescription des arrêts de travail

28. La restriction, par la loi, de la durée de prescription des arrêts de travail constitue-t-elle, selon vous, une atteinte excessive à la liberté de prescription, dans la mesure où la loi prévoit une possibilité de déroger aux durées maximales si la situation du patient le justifie et en conformité avec les recommandations de la HAS lorsqu'elles existent ?

Oui, c'est une énième atteinte à la liberté de prescription et une énième surcouches bureaucratique.

Comme son nom l'indique, l'Assurance-Maladie est une assurance, en charge du remboursement de ses cotisants et bénéficiaires, pas une société savante.

L'Assurance-Maladie ne doit pas interférer avec la pratique médicale au détriment de ses cotisants et bénéficiaires.

Un tel conflit d'intérêts est majeur et éthiquement inacceptable.

Si elle veut contraindre ses cotisants et bénéficiaires contre toute éthique, alors la CNAM doit l'assumer et gérer elle-même arrêts de travail et bons de transport.

29. Les durées maximales de primo-prescription proposées, quinze jours en ville et trente jours en établissement, vous semblent-elles pertinentes ? Quid de la durée maximale de prolongation, fixée à deux mois ?

Non, elles ne sont pas pertinentes car elles méconnaissent l'état de la science et la diversité des pathologies et contraintes professionnelles.

Les patients ne sont pas des standards, contrairement aux projections des tableaux Excel de la CNAM.

La limite de trente jours en établissement va complexifier la gestion des patients en sortie d'hôpital si la coordination Hôpital -> Ville est ne suit pas, ce qui est hélas fréquent.

Si elle veut contraindre ses cotisants et bénéficiaires contre toute éthique, alors la CNAM doit l'assumer et gérer elle-même arrêts de travail et bons de transport.

30. Quels effets cette mesure vous semble-t-elle susceptible de générer sur l'accès aux soins ? Vous semble-t-il nécessaire de prévoir une dérogation à cette mesure pour les assurés résidant dans des zones d'intervention prioritaires (ZIP), au regard de la difficulté de trouver un professionnel pour prolonger l'arrêt ?

Les effets négatifs sur l'accès aux soins sont évidents :

- Retards et interruptions de prise en charge du fait des renouvellements fréquents des arrêts de travail, incompatibles avec les délais d'obtention d'un rendez-vous, a fortiori dans les zones les plus sous-dotées en médecins ;
- Surcharge de travail artificielle et inutile pour les médecins existants, réduisant le temps pour les nouveaux patients.

Une dérogation pour les ZIP serait à discuter mais l'accès à un médecin en centre ville peut aussi être plus difficile, mais c'est tout l'article 28 qu'il faut supprimer.

Si elle veut contraindre ses cotisants et bénéficiaires contre toute éthique, alors la CNAM doit l'assumer et gérer elle-même arrêts de travail et bons de transport.

31. Quel regard portez-vous sur l'instauration d'une obligation pour le prescripteur de renseigner le motif de l'arrêt de travail ?

Le renseignement du motif de l'arrêt de travail est déjà prévu sur le certificat idoine.

Le but de la CNAM n'est pas d'améliorer la prise en charge médicale des patients (ce n'est d'ailleurs pas son rôle) mais d'augmenter le flicage des médecins en comparant la durée de l'arrêt de travail prescrite aux patients standards de ses tableaux Excel, dans une logique purement comptable.

La CNAM n'a qu'à gérer elle-même arrêts de travail et bons de transport.

32. Est-il fréquent que des femmes revenant de congé maternité se voient prescrire un arrêt maladie faute de possibilité de consulter un médecin du travail pour effectuer la visite de reprise ?

Jeunes Médecins n'a pas de donnée chiffrée sur cette situation mais c'est **plausible compte tenu de la pénurie de médecins du travail.**

En réalité, la problématique du retour de congé maternité est plus complexe car multi-dimensionnelle :

- Possibilité d'accès à la médecine du travail : en effet, cette obligation légale n'est pas toujours respectée par les employeurs ;
- Risques psycho-sociaux pour des femmes, qui ont été en situation d'isolement lors de leurs congés maternité ;
- Discriminations des femmes dans le monde du travail (particulièrement dans ce contexte de maternité), elles aussi sources de risques psycho-sociaux.

Ainsi, l'absence de visite de reprise est loin d'être la seule cause d'arrêt de travail au décours d'un congé maternité.

33. La suppression de l'obligation de visite de reprise auprès de la médecine du travail après un congé de maternité emporte-t-elle selon vous des risques sérieux sur le suivi de la santé des femmes revenant de congé maternité ? Quels autres moyens existe-t-il pour détecter une fatigue, des problèmes physiques liés à la grossesse ou une dépression du post-partum ?

Cette suppression serait clairement un recul pour la protection des jeunes parents et de leurs enfants.

Le meilleur moyen pour repérer les risques psychosociaux et les pathologies liés au post-partum réside dans le suivi par le médecin traitant ou la sage-femme libérale. Il faut donc soigner la médecine de premier recours.

Le PLFSS 2026 confirme son prisme exclusivement financier, ni au service des patients ni au service des professionnels de santé.

34. Quel regard portez-vous sur l'instauration d'une durée maximale de versement des indemnités journalières en cas d'AT-MP, qui pourrait être fixée à quatre ans ?

Nous y sommes opposés car cette durée arbitraire pénalise les patients les plus fragiles, pour qui l'accès aux soins de réadaptation et les possibilités d'aménagement de poste sont limités.

Cette mesure est caricaturale d'une approche purement comptable, déconnectée de toute réflexion médicale.

Pour réintroduire l'indispensable dimension médicale dans ces situations complexes, les patients concernés pourraient être orientés vers des réunions de concertation pluridisciplinaires dédiées, comme celles promues par l'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine.

Il y a aussi une problématique de dysfonctionnement dans le maintien dans l'emploi : carences des bilans de compétences, mauvaise réorientation / reclassement professionnel, le tout dans une conjoncture économique difficile pour les employeurs. Il serait important que le médecin conseil, en binôme avec le médecin du travail, anticipe la projection sur le retour à l'emploi afin d'éviter la désocialisation et la perte de confiance des employés.

Article 29 – Suppression du régime des ALD non exonérantes

35. Quel regard portez-vous sur la suppression du régime des ALD dites « non exonérantes » ?

Jeunes Médecins est opposé à cette mesure purement comptable et court-termiste.

Au lieu de renforcer les parcours de soins, les hospitalisations seront plus fréquentes, ce qui augmentera les coûts.

Enfin, les patients seront les premiers pénalisés avec une augmentation de leur reste à charge.

36. Auriez-vous jugé plus opportun de mettre en œuvre, plutôt que la suppression du régime des ALD non exonérantes, une autre mesure afin de maîtriser l'évolution de la dépense d'indemnités journalières ?

Le lien établi entre ALD non exonérantes et indemnités journalières est surprenant. L'augmentation des arrêts de travail pour troubles psychiques et mal-être au travail n'est pas liée à l'évolution des pratiques médicales mais à l'évolution délétère du milieu professionnel. C'est sur le milieu professionnel qu'il faut agir (cause), pas en faisant pression sur ceux qui soignent (conséquence, sans le moindre effet sur les risques psycho-sociaux au travail ni l'économie de la santé).

37. Quel accompagnement serait-il opportun de proposer aux assurés en dépression légère ou atteints de troubles musculosquelettiques les rendant inaptes à la reprise du travail, une fois supprimé le régime des ALD non exonérantes dont ils relèvent aujourd'hui ?

Il faudrait proposer des parcours de soins renforcés co-construits avec professionnels de santé de ville et médecine du travail. Par exemple des RCP entre médecins du travail, médecins traitants et médecins conseil (comme développé en Nouvelle-Aquitaine par exemple). Mais cela passe aussi par un dialogue entre partenaires sociaux, organismes de formation et France Travail, structures qui semblent parfois très nébuleuses.

38. Identifiez-vous un risque que la suppression du régime des ALD non exonérantes éloigne les assurés concernés de l'emploi et du soin ?

Oui, cette suppression mettrait à mal le suivi structuré dont les patients ont besoin.

39. Quelles mesures pourriez-vous proposer pour améliorer cet article ?

Il faudrait proposer des parcours de soins renforcés co-construits avec professionnels de santé de ville et médecine du travail (cf question 37).

Article 31 – Sanctionner le non-respect de l'obligation d'alimentation et de consultation du DMP

40. Quels sont les principaux facteurs expliquant le défaut persistant d'alimentation et de renseignement du DMP par les professionnels de santé ?

L'alimentation et le renseignement du DMP nécessitent des mises à jour coûteuses et du temps non médical précieux, parfois très long. En 2025, à l'ère du numérique, l'alimentation ET la consultation du DMP doivent être automatisées et facilitées via les logiciels métiers, qui sont déjà très onéreux pour les médecins. Or ce n'est pas le cas aujourd'hui.

Les médecins qui ont fait les efforts correspondants (dont les radiologues) se voient aujourd'hui pénalisés par la CNAM avec des baisses de cotations décidées de manière unilatérale par le Directeur Général de la CNAM.

Si la CNAM est déçue du résultat, elle doit s'en prendre à sa stratégie de donner l'argent aux éditeurs de logiciels sans contrepartie plutôt que d'accompagner réellement les professionnels de santé.

Par ailleurs, le DMP n'est aujourd'hui pas aussi structuré que les dossiers dans les logiciels métiers. Cela entraîne une perte de temps à la recherche d'informations pour la prise en charge des patients. Il ne faut pas aussi oublier la nécessité d'obtenir l'accord du patient pour le consulter, ce qui représente une lourdeur supplémentaire. Enfin, il convient aussi de prendre en compte le bilan carbone d'un tel dispositif, en supplément des logiciels métiers.

A noter que les financements versés par la CNAM aux éditeurs de logiciels ont entraîné une hausse des coûts pour les professionnels de santé avec une importante hausse des contrats d'entretien (18%/an pour un des principaux Systèmes d'Information en Radiologie, ce qui revient à racheter la totalité du logiciel tous les 5 ans, soit des dizaines voire centaines de milliers d'euros en fonction du nombre de licences, dans un contexte de baisses de cotations).

41. Un mécanisme de pénalité financière peut-il jouer un rôle désincitatif ? Identifiez-vous des effets de bord à une telle mesure ? Si oui, lesquels ?

Oui et oui.

Les pénalités financières risquent d'aggraver la défiance des professionnels de santé plutôt que d'encourager leur adhésion au DMP.

Les médecins sont à bout et l'empilage de mesures coercitives nuit à la santé.

42. Quelle(s) mesure(s) alternative(s) visant à renforcer l'alimentation et la consultation du DMP vous semblerai(en)t-elle(s) appropriée(s) ?

- **Incitations financières** via la **ROSP** (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ;
- **Améliorations techniques (déjà discutées avec la DNS) en automatisant l'alimentation ciblée et pertinente du DMP par les logiciels métier et interopérabilité ;**
- Formation et accompagnement ;
- Renforcement de la **cybersécurité** ;
- **Sensibilisation des patients** qui sont encore nombreux à ne pas avoir activé leur DMP (un DMP bien alimenté améliore la coordination et réduit le risque d'erreurs médicales).

Article 33 – Favoriser le taux de pénétration des biosimilaires en ville

43. L'article 33 prévoit la mise en place d'un mécanisme de tiers-payant contre biosimilaires ainsi que la suppression de l'obligation de prescrire les biosimilaires en nom de marque en plus du nom de la molécule. Estimez-vous que ces mesures vont réellement permettre de favoriser la pénétration des biosimilaires en ville ?

Le tiers-payant devrait se faire au prix le plus bas du marché biosimilaire ou pas, au choix du patient (Allemagne). Le médecin n'a pas à maîtriser le coût de ses prescriptions alors qu'il n'est pas à l'origine du prix du médicament. Il n'est pas acceptable de faire porter aux médecins les conséquences des choix politiques du pays.

44. Concernant notamment l'obligation pour le prescripteur de justifier la non substitution à l'instar de ce qui existe pour les génériques, comment évaluez-vous la charge induite pour les prescripteurs et pour les professionnels chargés d'exécuter la prescription ?

Cette mesure aggrave la surcharge administrative des médecins et réduit le temps disponible pour les patients.

Les biosimilaires ne sont pas identiques aux médicaments princeps. La justification médicale d'une prescription est entre les mains du prescripteur et ne doit en aucun cas être soumise à un assureur dans une logique purement comptable. Seules les données de la science et l'appréciation de la situation du patient par des experts conditionnent la prescription médicale, dans l'intérêt du patient. La prescription de médicaments biologiques est relativement restreinte. L'AM devrait plutôt mener des campagnes de sensibilisation des médecins prescripteurs aux biosimilaires.

Autres

45. Signaler tout point d'attention que vous souhaitez porter à la connaissance de la rapporteure.

L'avenir du système de santé ne peut être discuté sans les Jeunes Médecins car ils sont les premiers concernés.

Le déluge d'attaques contre l'exercice médical, a fortiori libéral, aura un impact très négatif à court, moyen et long terme sur l'accès aux soins et la santé publique.

Parmi les points les plus critiques :

- **Sous-financement de l'ONDAM et des soins de ville** : clairement insuffisant face à l'inflation et à la croissance des besoins ;
- **Mesures coercitives contre les médecins en secteur 2 alors qu'il faut réouvrir la possibilité d'exercer en secteur 2 à tous les médecins** (même à ceux déjà installés en secteur 1) afin de leur permettre de poursuivre leur exercice libéral malgré l'insolvabilité de plus en plus criante de la CNAM et l'accès aux soins ;
- **Sanctions pour non-alimentation du DMP** ;

Le PLFSS 2026 doit abandonner les approches punitives et comptables inefficaces au profit d'une co-construction avec les syndicats.

La médecine trouve son fondement sur la relation de confiance entre le médecin et son patient. Mais la confiance entre les médecins et l'Assurance Maladie est rompue et la convention est donc remise en question.

Il est aussi temps d'avoir une véritable vision de santé publique pour enfin orienter la politique de santé et la politique économique. Celle-ci se construit en bonne intelligence et en toute confiance avec les acteurs du soins et les patients. Une population en bonne santé coûte moins cher.

La France est à un point de bascule. Si la santé s'effondre, le reste du pays suivra.