Lettre ouverte de Thibault Bazin aux professionnels libéraux de santé

Adoption du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026
Adopté définitivement mardi 16 décembre 2025

Jeudi 18 décembre 2025

Mesdames et Messieurs les professionnels de santé libéraux,

Depuis le début du mandat parlementaire qui m'a été confié, ***j'ai toujours défendu avec vigueur la médecine libérale, convaincu qu'elle est un pilier essentiel à l'accès aux soins, à la prévention et à la cohésion de notre système de santé*** *et qu'elle traverse aujourd'hui une conjoncture inédite de plus en plus ardue que nul n'ignore.*

Les ***inquiétudes exprimées par nombre d'entre vous*** *quant au contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, notamment relayées par les organisations représentatives,* ***méritent une réponse précise, documentée et sans caricature****. Je souhaite donc revenir, en ma qualité de rapporteur général, sur* ***plusieurs affirmations qui circulent et qui ne correspondent pas au contenu réel du texte final*** *auquel j'ai donné ma voix lors de son adoption définitive dans l'hémicycle de l'Assemblée nationale le 16 décembre.*

Je veux être très clair : ***le PLFSS pour 2026 ne comporte aucune mesure coercitive généralisée à l'encontre de la médecine libérale, ni baisse ciblée de revenus, ni remise en cause de la liberté d'installation ou de prescription.*** *La confiance réciproque doit demeurer.*

Au préalable, je tiens à rappeler que bon nombre de mesures initialement prévues par le gouvernement s'inspiraient de divers rapports, notamment ceux de la CNAM ou d'autres hauts conseils. Cela ne m'a nullement empêché de proposer et soutenir des amendements visant à supprimer les dispositions véritablement pénalisantes pour les praticiens.

Ainsi ***les mesures visant à accorder un pouvoir de décision unilatérale à la CNAM*** *(articles 24 et 25)* ***ne figurent plus dans le texte adopté****. Sans cette mobilisation, il est certain que le texte aurait comporté une rupture majeure dans l'équilibre conventionnel.*
Dans les dispositions restantes, il n'est aucunement question de contourner les professionnels pour imposer une révision de la nomenclature, mais bien de proposer un ***mécanisme de révision plus agile****,* ***répondant au constat partagé par tous les acteurs de l'obsolescence de la nomenclature et d'un manque de réactivité dans son évolution, source de distorsions bien connues des praticiens –*** *actes sur-tarifés et d'autres sous-tarifés, d'autres encore cotés alors qu'obsolètes, de nouveaux actes à forte valeur ajoutée non remboursés ou tarifés de manière inadaptée – (article 26 ter). S'agissant de l'article 26 quater sur la fixation tarifaire imposée après six mois, que j'ai combattu, je serai particulièrement vigilant à ce que le dispositif cité précédemment permette bien d'éviter tout déclenchement de cette procédure.*

Pour ce qui est des dépassements d'honoraires (article 26), ***le texte ne comporte plus aucun dispositif visant les médecins conventionnés.*** *La mesure initiale, qui ne tenait aucun compte des engagements conventionnels de chaque praticien – adhésion ou non à l'Optam, participation à la permanence des soins, etc. –, a été rejetée.*
Concernant les parcours de prévention évoqués, ceux-ci sont financés par des forfaits globaux coordonnés et ne ***modifient en rien les conditions de facturation des actes réalisés en dehors de ces parcours****.*
Il est en revanche exact que la question de l'incitation au reconventionnement est abordée par le texte (article 26 bis), dans *un souci de réciprocité des engagements, considérant comme inéquitable que les*

prescriptions du secteur 3 soient remboursées au même titre que celles de praticiens dont les remboursements par l'Assurance maladie sont liés à des engagements contractuels. En parallèle de cette mesure, j'ai demandé à ce que le délai pour se (re)conventionner soit rapidement revu et réduit.

A l'inverse, lorsque les mesures étaient intelligemment pensées, je les ai soutenues et renforcées, à l'instar de celles visant à ***lutter contre les déserts médicaux par des dispositifs strictement incitatifs*** *: docteurs juniors, praticien territorial de médecine ambulatoire, hausse du forfait médecin traitant en zone sous-dense (article 21).*

Le texte adopté ***ne porte aucune entrave à la liberté de prescription****. En matière d'arrêts de travail, il s'agit uniquement d'inciter à mieux s'aligner sur les durées de référence établies par la HAS afin de favoriser un suivi plus régulier des patients, tout en laissant au praticien l'entière possibilité de s'en écarter dès lors que cela est médicalement justifié (article 28 modifié), comme c'est déjà le cas dans de nombreux domaines.*

De même, ***l'instauration d'une pénalité pour non-usage du dossier médical partagé est strictement encadrée.*** *Grâce à nos amendements, elle ne pourra s'appliquer que si le professionnel de santé – ou l'établissement de santé – dispose de logiciels à jour et fonctionnels, et tient compte du fait que le défaut d'alimentation du DMP est bien souvent lié aux* ***défaillances des éditeurs de logiciels, dont la responsabilité est désormais clairement établie*** *(article 31). Aucune sanction automatique ni injustifiée ne sera possible.*

Enfin, ***le sous-ONDAM « dépenses de soins de ville » a été réhaussé*** *(article 49) afin d'éviter un nouveau déclenchement de l'alerte qui ferait subir un nouveau gel de dotations aux établissements et un nouveau report de clauses conventionnelles aux professionnels de ville.*

J'ai donc ***défendu avec constance la profession*** *tout au long des débats budgétaires, tout en portant une* ***vision responsable et d'avenir pour le financement de la sécurité sociale et sa pérennité****.* ***Je resterai extrêmement vigilant quant à la mise en œuvre réglementaire des dispositifs adoptés.***

Je mesure pleinement les difficultés croissantes de l'exercice libéral : surcharge administrative, épuisement, pénurie de professionnels, accumulation et complexité des prises en charge. Vous êtes en première ligne. C'est pourquoi ***je continuerai de m'opposer à toute réforme conduite contre ou sans les professionnels de santé, et de défendre une médecine libérale forte, attractive et respectée.***

Ces sujets sont ainsi fréquemment au cœur des travaux parlementaires que je mène : j'ai été l'un des rares députés à m'opposer à la proposition de loi coercitive de Guillaume Garot sur l'installation des médecins au printemps dernier. J'ai déposé récemment une proposition de loi visant à simplifier le modèle de formation continue, et je travaille activement sur les dérives liées à la financiarisation des soins, avec l'intention de déposer prochainement un texte sur ce sujet, concerté avec toutes les parties qui souhaitent y contribuer.

Vous trouverez enfin en annexe de cette lettre un document reprenant mon analyse plus fine et détaillée de chacun des articles sujets à l'incompréhension manifeste de beaucoup.

Bien sincèrement,

Thibault BAZIN
Député de Meurthe-et-Moselle
Rapporteur général de la commission des Affaires sociales

ANNEXE : *mon analyse détaillée article par article*

Article 19 – Prise en charge des prestations d'accompagnement préventif pour les assurés en risque de développer une affectation de longue durée

Il apparaît que la question des dépassements d'honoraires ne se poserait pas vraiment dans le cadre de ces parcours (nouveau panier de soins prévention ou parcours pré ALD) dans la mesure où ils ont vocation à être organisés sous forme de parcours coordonnés renforcés tels que définis à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. Ces parcours sont financés par un forfait global qui rémunère l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé. Ce n'est donc pas une tarification à l'acte. Par ailleurs, l'article 19 ne prévoit pas une modification des conditions de prise en charge des actes de prévention réalisés par les médecins (dépistages, examens) dans le cadre de ces parcours d'accompagnement préventif (prise en charge dans les conditions de droit commun, avec ticket modérateur) ; il ne s'agira donc pas de nouvelles prestations ; elles n'auront ainsi pas vocation à être incluses dans le parcours, puisqu'elles ne seront pas réservées aux bénéficiaires de ces parcours. On peut donc penser que les conditions d'accès à ces examens ne seront pas modifiées, sauf si le Gouvernement décide de les inscrire dans le parcours (le contenu sera défini par voie réglementaire) précisément pour que les bénéficiaires soient exonérés de dépassements d'honoraires. Mais cela ne correspond pas à l'intention exprimée par le Gouvernement lors des débats en séance.

Article 20 – Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale

Cet article étend l'obligation vaccinale contre la grippe pour les professionnels de santé, sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la HAS – qui sera publiée à la fin du premier semestre de 2026. Cette obligation existe en réalité déjà dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et peut être suspendue si les conditions épidémiologiques le permettent – et cela a déjà eu lieu, on combine ainsi bien liberté et protection. L'article ne concerne pas que la grippe, mais aussi la rougeole, qui réapparaît et peut entraîner de graves complications. Ensuite, la mesure serait très ciblée : elle concerne les professions à risque, qui sont en contact avec un public très vulnérable.

Article 21 – Renforcer l'accès aux soins

Cet article instaure, développe et organise la lutte contre les déserts médicaux via des dispositifs non coercitifs tels docteurs juniors et le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire. Il prévoit aussi une augmentation du forfait médecin traitant pour les médecins en zone sous-dense. Il pose enfin un cadre juridique destiné à réguler les structures de soins non programmés, en leur imposant le respect d'un cahier des charges en contrepartie du droit à certaines rémunérations spécifiques. L'article accorde ainsi aux structures spécialisées en soins non programmés l'importance qu'elles méritent, même si imposer la présence d'au moins un généraliste dans la structure aurait été souhaitable. J'ai aussi profité des débats pour redire combien il était urgent d'actualiser et corriger le zonage, encore lacunaire.

Article 21 *ter* – Création d'une consultation longue pour les femmes sujettes à la ménopause

Le Gouvernement a en effet prévu que la consultation longue ménopause sera réalisée au tarif opposable. On peut penser, au regard de la consultation longue mise en place pour les personnes âgées, qu'elle sera tarifée à hauteur de 60 euros. Le fait d'interdire les dépassements d'honoraires sur ces consultations fait qu'elle sera probablement plutôt réalisée par des médecins généralistes (à 96% en secteur 1), les gynécologues en secteur 2 n'y ayant pas d'intérêt sur le plan financier. Néanmoins, il est probable que les patientes qui sont suivies par des gynécologues en secteur 2 sont déjà mieux informées sur les risques liés à la ménopause, dans la mesure où elles bénéficient d'un suivi gynécologique spécifique avec des consultations dédiées à ces sujets. L'enjeu était donc plus de mieux informer les femmes pour qui l'accès au gynécologue est plus compliqué. Le fait d'organiser une consultation gynécologique dédiée et dûment rémunérée chez un médecin généraliste pourrait ainsi permettre d'atteindre ce public.

Article 22 *ter* – Eviter la double facturation des actes effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital
La formulation de l'article est tellement floue qu'elle ne produira pas d'effets drastiques. On peut déjà considérer, actuellement, que les modalités de facturation à l'assurance maladie tiennent compte de ces actes facturés à titre libéral – par exemple, il n'y a pas d'acte facturé par l'établissement en cas de consultation externe réalisée à titre libéral. La situation semble plus ambigüe quand des actes sont réalisés à titre libéral dans le cadre d'un séjour hospitalier. Le Gouvernement pourrait se saisir de la disposition votée pour clarifier un peu les règles de facturation dans cette situation. Cependant, des textes réglementaires seraient indispensables ; il faudrait donc qu'il y ait une volonté en ce sens. Or, le Gouvernement s'est opposé à cet article en séance, et il paraît peu crédible qu'il prenne des décisions de nature à accroître encore les déficits des hôpitaux ou à renforcer leurs difficultés de recrutement de spécialistes.

Article 26 *bis* – Mettre fin au remboursement des produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non conventionné
Cet article dit l'attachement de la représentation nationale à l'incitation au conventionnement d'un plus grand nombre de médecins. L'idée sous-tendant cet article était ainsi de mieux poser dans la loi le principe de réciprocité des engagements qui lient les financements de l'Assurance maladie. De fait, celle-ci n'a aucun droit de regard sur les prescriptions des médecins de secteur 3 tout en les remboursant, ce qui est inéquitable considérant les obligations conventionnelles des praticiens en secteur 1 et 2. Néanmoins, sensible à la situation de certains patients n'ayant accès qu'à des médecins déconventionnés, et risquant ainsi de se trouver injustement privés du remboursement de leurs produits de santé, j'avais proposé la suppression de cet article. Puisqu'il a été adopté, j'ai réitéré – et continuerai de le faire – ma demande auprès du Gouvernement et de la CNAM d'agir pour raccourcir promptement le délai permettant aux médecins de se (re)conventionner, délai actuellement fixé à deux ans par la convention médicale.

Article 26 *ter* – Prévoir une procédure assouplie et accélérée de révision de la nomenclature
Cet article répond au constat largement partagé de l'obsolescence de la nomenclature (classification commune des actes médicaux) et d'un manque de réactivité dans l'évolution de cette classification qui entraîne des distorsions majeures dans le système de soins, avec certains actes sur-tarifés et d'autres sous-tarifés, d'autres encore demeurant cotés alors même qu'ils sont obsolètes, tandis que de nouveaux actes à forte valeur ajoutée pour les patients restent non remboursés, ou tarifés de manière inadaptée. Introduire plus d'agilité dans les mécanismes de révision me semble essentiel (certaines reclassifications censées aboutir bientôt seront peut-être déjà obsolètes en 2026). Cette procédure ne pourrait donc être activée que dans la situation où les conditions de production ou de réalisation d'un acte ou d'une prestation auraient évolué de *manière significative*, et qu'apparaîtrait donc un décalage *manifeste* entre la hiérarchisation d'un acte et son coût, ou sa valeur ajoutée, réelle pour le patient. Les modalités de cette procédure accélérée sont renvoyées au niveau réglementaire pour garantir qu'elles ne soient pas abusives. Il ne s'agit donc nullement de contourner les professionnels pour prévoir des modalités de révision unilatérale de la nomenclature, mais plutôt de prévoir, en bonne intelligence avec les professionnels, des modalités de révision accélérée auxquelles ils seraient étroitement associés, conformément à la volonté exprimée par tous.

Article 26 *quater* – Permettre à l'assurance maladie de déterminer le tarif d'un acte ou d'une prestation nouvellement hiérarchisée lorsque la négociation n'a pas abouti dans les six mois
Hostile à l'octroi d'un pouvoir de décision unilatérale à la CNAM, je me suis opposé dès la première lecture à cet article. J'ai ensuite rejeté son rétablissement en nouvelle lecture, considérant que l'article 26 *ter* répondait déjà aux objectifs visés sans trop contraindre le libre déroulé des négociations conventionnelles – cf. explication *supra*. Finalement, je regrette effectivement que l'article 26 *quater*

ait été adopté mais il me semble que si l'article 26 *ter* est correctement mis en œuvre, la procédure prévue au bout de six mois ne se déclenchera pas.

Article 28 – Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie et la durée d'indemnisation des arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé de maternité

Cet article cherche à favoriser un suivi médical rapproché pour les patients/salariés en arrêt maladie. En effet, aujourd'hui, de nombreuses prescriptions d'arrêts initiales dépassent les durées de référence recommandées par la HAS. Alors que la HAS recommande un arrêt de quatorze jours en cas de trouble anxieux mineur, 3 000 médecins ont prescrit des arrêts de plus de quarante-huit jours : il ne me choque pas que le législateur puisse en débattre. Il ne me paraît pas opportun de m'opposer à la proposition que les médecins suivent les recommandations de la HAS pour fixer la durée de l'arrêt de travail prescrit en première intention en fonction de la pathologie, d'autant plus qu'ils disposent de la possibilité d'y déroger à condition de justifier leur décision ce qui contredit toute idée d'entrave à la liberté de prescription. Par ailleurs, la mesure occasionnerait une dépense supplémentaire de 30 millions d'euros : peut-être est-ce le prix d'un meilleur accompagnement des patients qui se sont vus prescrire un arrêt de travail. On n'est donc pas seulement sur un enjeu de maîtrise des dépenses mais bien de qualité et de pertinence des soins.

Article 31 – Rendre obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas

Cet article a une portée limitée. Les pénalités pour non-usage du dossier médical partagé par les praticiens ne pourront pas dépasser un certain plafond et des garanties efficaces ont été prévues grâce à nos amendements adoptés. Aucune pénalité ne sera appliquée de manière prématurée et injustifiée. Avant d'être sanctionné, le professionnel sera averti et mis en mesure de présenter ses observations. Si l'établissement n'a pas mis en place l'infrastructure nécessaire en matière de systèmes d'information, sa responsabilité se substituera à celle du professionnel salarié. Concernant la médecine de ville, la pénalité ne sera applicable que si le professionnel dispose de logiciels à jour et fonctionnels, ce qui n'est toujours pas le cas pour certaines spécialités. Depuis la première lecture, j'ai beaucoup travaillé sur cet article et la représentation nationale l'a totalement réécrit, de sorte que la responsabilité du professionnel ou de l'établissement est désormais écartée lorsque le défaut d'alimentation du DMP résulte d'une faille du logiciel ou d'un défaut d'interopérabilité de ce dernier. La responsabilité porte désormais sur l'éditeur du logiciel. L'entrée en vigueur est reportée à 2028 pour garantir que tous les professionnels seront dotés de logiciels permettant une consultation fluide et rapide des DMP. Si l'on voyait en LFSS l'an prochain, ou même l'année d'après, que ce n'était pas le cas, il serait toujours possible de reporter davantage.

Article 43 – Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite

Cet article change les règles de cumul emploi-retraites pour les médecins comme pour tous les Français mais il conserve plusieurs spécificités qui leur sont applicables. Aussi les dérogations qui permettent aux médecins, quel que soit leur âge ou leur durée d'assurance, de cumuler une retraite avec le revenu issu de certaines activités sans plafonnement sont-elles maintenues – la liste sera définie par voie règlementaire mais concernera notamment les activités de vacation dans les établissements de santé et ESSMS ou encore les activités exercées en zones sous-dense. Ceci alors que l'âge moyen des femmes médecins retraitées en cumul emploi-retraites est de 70,96 ans, donc au-dessus des 67 ans nécessaires pour un cumul à taux plein.