

Les médecins plutôt favorables à limiter la durée des arrêts maladie : "Aujourd'hui, je me sens prise en otage par le patient"

Face à la flambée des dépenses de santé, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) a récemment proposé de limiter la durée des arrêts de travail prescrits par les médecins. Interrogés, 62% des lecteurs d'Egora se disent favorables à cette mesure, qui permettrait d'éviter les "abus". D'autres praticiens sont, eux, plus réticents et craignent qu'une telle limitation alourdisse leur charge de travail.

11/07/2025 Par Chloé Subileau EGORA
ÇA VOUS A FAIT REAGIR

Limiter la durée des arrêts de travail prescrits par les médecins ? C'est l'une des propositions phares avancées par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) dans [son dernier rapport Charges et produits, dévoilé fin juin](#). Face à l'emballement des dépenses d'indemnités journalières (IJ), la Caisse souhaite que la durée des arrêts soit limitée à un mois en primo-prescription en sortie d'hôpital et à 15 jours en ville. En renouvellement, ce délai passerait à deux mois.

"Trois mois, ça n'est pas pertinent en termes de suivi par le médecin. On pourra nous dire que ça sera des consultations en plus mais par rapport aux coûts engagés avec les arrêts de travail trop longs, il n'y a pas photo", avait notamment affirmé le directeur général de la Cnam, Thomas Fatôme, lors de la présentation du rapport. Début juillet, [la ministre du Travail et de la Santé, Catherine Vautrin, s'est montrée favorable à une telle limitation de la durée des arrêts de travail](#) prescrits. *"Nous allons travailler sur cette proposition",* a-t-elle déclaré à nos confrères de BFMTV.

Cette position semble partagée par une majorité des soignants. Sur les 495 professionnels de santé - médecins en majorité - qui se sont exprimés [sur notre plateforme de débat](#), 62% se sont prononcés en faveur d'une limitation de la durée des arrêts de travail pouvant être prescrits par le médecin. *"Cela m'aiderait au quotidien avec tous ces patients que je ne parviens pas à remettre au travail, l'absence de médecin-conseil pour les convoquer et m'aider",* avance notamment une répondante. D'autres lecteurs d'Egora sont, eux, plus réticents et pointent l'inutilité d'une telle mesure, qui remet en cause la *"compétence et la déontologie"* des médecins et risque encore plus de les *"surcharger"*. Voici une sélection de vos commentaires et arguments.

Si la Sécu veut que l'arrêt soit "bien prescrit", qu'elle en prenne la responsabilité !

"Le mieux serait que tout demandeur d'arrêt de travail supérieur à sept jours ou pour prolonger l'arrêt fasse sa demande directement auprès des médecins contrôleurs de la Sécu ou de médecins salariés par la Sécu, voire par les médecins de la médecine du travail. Après tout, cela déchargerait les médecins libéraux de tout conflit et de [la] responsabilité attenante à l'acte. La Sécu veut que l'arrêt soit 'bien prescrit', pour ne pas dire faire des 'économies', et bien qu'elle le fasse et qu'elle en prenne la responsabilité ! Je suis sûr que la Sécu trouvera 1000 et une raisons pour ne pas le faire. Pas folle la guêpe ! Matraquer est plus facile que faire."

Par Raoul D., généraliste

J'ai quasi arrêté mon activité à cause de cette tyrannie des arrêts de travail

"J'ai répondu oui. Cela m'aiderait au quotidien avec tous ces patients que je ne parviens pas à remettre au travail, l'absence de médecin conseil pour les convoquer et m'aider. Je me sens prise en otage par le patient. J'ai ralenti, voire quasi arrêté mon activité à cause de cette tyrannie des arrêts de travail. J'ai tout essayé, maintenant j'ai mis un délai de 15 jours-3 semaines pour un rendez-vous ce qui limite les abuseurs."

Par Géraldine S., médecin

Le médecin est libre et compétent pour donner un arrêt de travail d'une durée donnée

"Un arrêt de travail n'est pas prescrit au hasard. S'il doit être prolongé, c'est pour [une] raison médicale. Pourquoi le médecin a-t-il intérêt à le faire ? Seul l'intérêt de son patient le motive.

Ces questions n'ont pas lieu d'être.

Le médecin est libre et compétent pour donner un arrêt de travail d'une durée donnée. Poser la question, c'est remettre en question la compétence et la déontologie de chacun d'entre nous. Ça suffit !"

Par Nanette N., généraliste

Est-ce vraiment le rôle des médecins de prescrire des arrêts de travail ?

Il y a déjà la médecine du travail qui pourrait évaluer si le patient est apte ou non à effectuer son travail, les médecins des caisses qui peuvent contrôler normalement les bénéficiaires. Si les caisses ne sont pas satisfaites, rien ne les empêche de convoquer chaque patient si un médecin pense nécessaire de l'arrêter et de prendre la décision qui lui semble juste...

Si le système ne tient plus, peut-être faut-il expliqu[er] aux gens. Et arrêter de faire croire à la population que le trou de la Sécurité sociale est lié à ces satanés médecins qui prescrivent tous trop d'arrêt[s] de travail."

Par A.R., généraliste

Une réévaluation par un médecin expert neutre doit être envisagée

"L'arrêt de travail doit rester un acte médical. Mais plus que limiter la durée de prescription par le médecin, il faut limiter la durée des indemnités journalières. Une réévaluation par un médecin expert neutre doit être envisagée pour certifier le diagnostic et renouveler l'arrêt si c'est réellement médicalement justifié (bon nombre de lombalgies n'en sont plus au bout de trois mois d'arrêt... et bon nombre de syndromes anxio-dépressifs n'en sont pas, juste des gens qui n'assument pas de démissionner et là le problème n'est plus médical, et bien d'autres exemples comme ça...). De plus, malgré la campagne qu'a menée la Sécurité sociale auprès de nous pour réévaluer les arrêts, ils ne nous sont d'aucune aide lorsqu'on leur demande de convoquer un patient pour nous aider à le réinsérer... Bref, on tourne en rond..."

Par Salima K., généraliste

Limiter la durée des arrêts va surcharger inutilement les médecins

"L'arrêt de travail est une prescription médicale (en tout cas pour la Sécu !), et donc la durée de l'arrêt doit être fonction de la pathologie et de l'état clinique. La fréquence des consultations doit être aussi fonction de la pathologie, de l'évolutivité, de l'état clinique. Si on limite la durée des arrêts, cela va surcharger inutilement (= sans justification médicale) la charge de travail des médecins.

De toute façon, sans diagnostic sur les causes de l'augmentation des IJ, toutes les propositions d'actions ne sont que de l'affichage totalement contre-productif."

Par André M., médecin

Il ne faut pas faire juger les arrêts par les médecins du travail

"Absolument, mais pas en les faisant juger comme plusieurs [débatteurs] intervenant le préconisent par les médecins du travail, surtout pas ! Déjà qu'on les compte et que la spécialité n'intéresse pas beaucoup les internes, l'étant moi-même et ancien installé en libéral, je ne vois pas par quelle autorité morale ou compétence spécifique j'invaliderais les prescriptions de mes confrères de soins. Solution ? Rapide et existant déjà : élargir le corps des médecins agréés de l'administration, avec cet avantage unique de mettre les travailleurs du privé comme du public sur un plan d'égalité."

Par Pierre B., médecin

Qui va pâtir de cette nouvelle règle ? Ceux qui ne demandent jamais rien et qui finissent par s'écrouler

"Quand je vois le délai d'attente pour un renouvellement de traitement par exemple entre cinq et six semaines chez mon médecin, comment fait le patient qui a vraiment besoin d'être arrêté ? Sans compter le coût de la consultation à chaque renouvellement d'arrêt, bref... Oui il y a des abus, mais qui va pâtir de cette nouvelle règle ? Ceux qui ne demandent jamais rien et qui finissent par s'écrouler."

Agnès B.
.....

"Le généraliste n'est pas un obstacle" pour l'accès aux soins : unis, les médecins libéraux dénoncent la position de l'Académie

Dans un rapport publié début juillet, l'Académie de médecine suggère d'ouvrir plus largement l'accès direct à certaines spécialités médicales, jugeant le passage "obligé" par le généraliste contraignant. Pour les syndicats de médecins libéraux, qui tirent la sonnette d'alarme, l'institution confond "la boussole avec l'ornière".

07/07/2025 Par [Louise Claereboudt](#) EGORA

La réponse ne s'est pas fait attendre. Dans un communiqué diffusé ce lundi 7 juillet, cinq des six syndicats représentatifs des médecins libéraux (FMF, CSMF, MG France, UFML-S, SML), Médecins pour demain, les Comeli, SOS Médecins, les syndicats d'internes (Isni et Isnar-IMG) et le Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (Reagjir)

dénoncent unanimement le dernier rapport de l'Académie de médecine consacré à la pénurie de médecins spécialistes, paru le 2 juillet.

Dans son rapport, l'institution défend un assouplissement des conditions de recours aux médecins spécialistes. Elle juge en effet que les difficultés d'accès aux médecins spécialistes sont "accentuées" par le passage obligatoire par un médecin traitant pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste, "alors que 17% des Français n'ont pas de médecin traitant". "Le passage obligé par les médecins généralistes [...] est un handicap particulièrement pénalisant en pédiatrie et en psychiatrie", écrit ainsi l'instance.

Et de plaider : "Il faut faciliter l'accès des patients aux spécialistes, actuellement par l'intermédiaire de leur médecin traitant, à travers une information accessible et adaptée aux besoins locaux et une ouverture plus large à un accès direct à certains spécialistes de premier recours", comme les dermatologues, rhumatologues, urologues, etc.

"Parler du parcours médecin traitant comme d'un handicap, c'est confondre la boussole avec l'ornière", estiment les syndicats dans leur communiqué. Et de défendre ce "professionnel de proximité, qui coordonne, qui suit, qui connaît ses patients et qui garantit, au quotidien, la cohérence des soins".

"Nous ne pouvons que nous étonner – et nous alarmer – de cette remise en cause aussi brutale qu'injustifiée d'un dispositif pourtant reconnu par la littérature internationale comme un facteur clé de qualité, d'efficacité et d'efficience dans les systèmes de santé", s'inquiètent les organisations.

Alors que chacun tente de trouver des solutions – institutions comme acteurs de terrain – pour pallier les difficultés d'accès aux soins, les signataires du communiqué rappellent que celles-ci ne "seront pas résolues en désorganisant davantage ce qui fonctionne". "Elles ne relèvent pas d'un excès de coordination, mais d'un manque de moyens, de reconnaissance, et d'attractivité pour la médecine générale", insistent les professionnels.

Les syndicats appellent l'Académie de médecine, et plus largement l'ensemble des institutions, à "ne pas céder à une logique court-termiste de contournement, mais à réinvestir dans le cœur du soin : une médecine générale structurée, accessible, et **respectée BRAVO**".

.....

"Ce n'est pas la médecine le problème, mais les conditions d'exercice" : pourquoi les généralistes déplaquent

Qu'est-ce qui poussent certains généralistes à déplaquer ? C'est la question à laquelle Agathe Kummerlé, interne en médecine générale auprès de la faculté de Besançon, a cherché à répondre dans sa thèse, soutenue en mai. La future praticienne, qui terminera ses études à l'automne, a interrogé neuf généralistes de Bourgogne-France-Comté qui ont décidé d'abandonner le libéral de manière précoce. Interview.

02/07/2025 Par [Chloé Subileau](#)

Egora : Dans votre thèse, vous vous êtes intéressée aux déterminants de la cessation précoce d'activité des généralistes libéraux de Bourgogne-Franche-Comté de 2020 à 2024. Pourquoi avoir choisi ce sujet ?

Agathe Kummerlé : C'est assez simple. J'ai réalisé mon premier stage d'internat chez plusieurs médecins généralistes, dont une avec qui on parlait pas mal de tout ce qui concerne la médecine générale, et qui était impliquée également auprès de syndicats. C'était en plein pendant la négociation de la convention [médicale] de l'époque. Parallèlement à ça, cette médecin a appris, durant les six mois de ce stage, que trois collègues des alentours avaient décidé - alors qu'ils étaient jeunes et qu'ils commençaient leur exercice de généralistes - d'arrêter d'exercer en libéral et de se tourner vers autre chose.

C'est quelque chose qui, sur le moment, m'a beaucoup questionnée, parce que j'étais en train de faire des études pour devenir médecin généraliste. Quand on arrive à notre septième année d'études et on se rend compte que ceux qui ne sont pas si loin devant nous abandonnent, on se pose les questions du pourquoi et du comment.

Vous vous êtes donc demandé pour quelles raisons ces médecins en sont venus à déplaquer ?

Les études de médecine sont, en quelque sorte, un investissement sur le long terme. Ce sont des études qui sont longues, on met quand même beaucoup de choses de côté [durant ces années].

En plus, personnellement, ce ne sont pas mes premières études. J'ai fait des études d'ingénieur avant, puis j'ai tout arrêté pour partir en médecine, pour reprendre à zéro parce que je voulais vraiment faire de la médecine générale. Ce n'est pas du tout un choix par défaut. J'étais plutôt convaincue de ce choix, donc de voir ces médecins déplaquer, ça m'a vraiment questionnée. La médecin chez qui j'étais en stage m'a [donc] proposé qu'on se penche sur le sujet toutes les deux et qu'on en fasse une thèse.

Vous avez interrogé neuf médecins pour réaliser cette thèse. Comment les avez-vous sélectionnés ?

J'ai d'abord cherché à savoir s'il existait des listes officielles de personnes qui déplaquaient et qui cessaient leur exercice libéral. Mais ça n'existe tout simplement pas, car c'est impossible de savoir s'il y a des gens qui déplaquent d'un côté mais pas pour aller s'installer ailleurs. Ce n'était pas possible de savoir qui arrêtrait pour réellement arrêter le libéral. On a donc procédé par bouche-à-oreille. Puis j'ai mis des annonces sur les groupes Facebook de personnes qui cherchent des remplaçants ou des successeurs. Comme ça, je suis arrivée - non sans mal, parce que ce n'est pas évident - à trouver neuf personnes qui avaient arrêté.

Ce sont majoritairement des femmes avec enfants ou des personnes qui ont une vie de famille

Quels étaient leurs profils ? Étaient-ils variés ?

Oui et non. Ce sont majoritairement des femmes avec enfants ou des personnes qui ont une vie de famille, que ce soit un conjoint, une conjointe ou des enfants. Et puis, ce sont surtout des personnes qui avaient un exercice semi-rural. Mais leurs profils individuels étaient [quand même] variés, leurs modes d'exercice aussi. Il y en a qui exerçaient en groupe, d'autres qui exerçaient tout seuls, d'autres en MSP... Il y avait un peu de tout, mais surtout des personnes qui avaient une vie de famille, et surtout des femmes.

Vous mettez pourtant en évidence que le choix de la médecine, et en particulier de la médecine générale, était souvent "une vocation" pour ces généralistes...

On s'attendrait à ce que ce soient ceux qui avaient hésité et qui avaient pris ça par défaut qui abandonnent. Mais pas du tout. Ce sont souvent des gens pour qui ce n'était pas forcément une évidence, mais qui étaient très impliqués, qui étaient contents de faire de la médecine générale. Ils le disent tous : ils aiment la médecine générale, même maintenant qu'ils l'ont quittée. Ce n'est pas la médecine générale le problème, ce sont bien les conditions dans lesquelles ils se retrouvent à exercer.

Quelles sont donc les principales raisons qui poussent ces généralistes à arrêter le libéral ?

Ce qui m'a le plus marquée, c'est que ces généralistes ont vraiment puisé dans toutes leurs ressources physiques, mentales, professionnelles et personnelles avant de se décider à abandonner pour leur "survie" et celle de leurs patients. Car, quand on n'est pas bien, on ne soigne pas bien non plus. Surtout, ces médecins se sont retrouvés généralement face à la pression démographique et ont dû parfois reprendre des patientèles lorsque leurs confrères sont partis en retraite dans un souci éthique de ne pas laisser des patients sur le bord de la route. Mais ils se sont retrouvés avec des charges de travail colossales.

Généralement, des difficultés d'exercice se sont ajoutées à cela, notamment des difficultés pour coordonner l'exercice avec les spécialistes qui sont de plus en plus rares. Donc avoir un avis, adresser un patient rapidement, l'admettre à l'hôpital... Ça devenait un peu la croix et la bannière, et ils se sont retrouvés à adopter un exercice à des années-lumière de leur idéal du soin quand ils se sont installés en médecine générale. Et ça, c'était à l'origine d'un véritable conflit de valeur ; ça amène de la souffrance et de l'épuisement.

Un autre point aussi, c'est que ces éléments ont forcément eu un impact très important sur leur vie personnelle. Cette charge de travail croissante fait que ces médecins ont eu des horaires très larges, et donc ils voyaient pour beaucoup très peu leurs enfants, leur conjoint. Et, même quand ils étaient à la maison, ils avaient toujours le travail qui trotte dans la tête.

Parallèlement, on ressent vraiment, quand on interroge ces médecins, un sentiment de manque de reconnaissance et de respect que ce soit de la part des autorités - ils ne se sont pas vraiment sentis reconnus ni entendus, notamment suite au Covid-19. Mais aussi de la part des patients : on a vraiment une nette augmentation - ressentie ou relevée par l'Ordre - des situations de violences verbales ou physiques. Donc, ces médecins se sont impliqués corps et âme dans leur

exercice et ils ont eu l'impression de ne pas être reconnus et peut-être un peu sacrifiés pour pas grand-chose.

Enfin, il y a un manque de liberté parce qu'ils se sont installés en libéral en pensant que cela leur permettrait d'être libres et ils se sont rendu compte que c'était peut-être même plus compliqué, qu'il y avait peut-être plus de contraintes que de liberté dans l'exercice libéral.

Le libéral, c'est trop d'investissement, trop de complexité pour peu de résultats et de reconnaissance.

Vous expliquez, en effet, dans votre thèse que la liberté associée à l'installation est, en réalité, perçue comme "relative" par ces généralistes...

Beaucoup disent que, maintenant qu'ils sont en salariat, ils se sentent presque plus libres que lorsqu'ils étaient en libéral. Car le libéral implique beaucoup de contraintes, notamment la gestion administrative d'un cabinet libéral à laquelle on n'est pas forcément préparé quand on fait des études de médecine.

Et puis, s'y ajoutent de plus en plus de contraintes d'exercice que l'on essayer d'imposer aux médecins généralistes libéraux depuis quelques années. Le libéral, c'est trop d'investissement, trop de complexité pour peu de résultats et de reconnaissance.

Vous parlez du salariat. Les médecins que vous avez interrogés sont donc nombreux à avoir choisi cet exercice ?

Oui, beaucoup se sont tournés vers du salariat, que ce soit dans la partie administrative - donc à l'Assurance Maladie par exemple. Ou alors au don du sang, à la médecine militaire, du travail... Certains ont aussi décidé de reprendre les remplacements pour ne pas avoir à gérer un cabinet.

Aucun n'a complètement arrêté la médecine et changé de voie ?

Non. C'est pourtant ce que je m'attendais à trouver, mais en fait tous le disent : ils aiment la médecine, ce n'est pas la médecine le problème. Donc, tous ont gardé les pieds dans ce domaine avec des aspects différents. Il fallait [seulement] qu'ils se libèrent de toutes les contraintes qui étaient liées à l'exercice libéral.

Pour ces médecins, ce changement d'exercice a été une vraie libération...

Oui c'est ça, on sent vraiment que c'est un véritable renouveau quand ils décident d'arrêter le libéral. Beaucoup sont allés très loin avant de décider d'arrêter, donc ils avaient des souffrances très importantes et donc des sentiments de libération et de renouveau qui sont - en miroir - très importants. Il y a aussi un véritable sentiment de renouveau avec du respect de la part des patients ou des collègues, des nouvelles façons de travailler, notamment en équipe, avec certains qui étaient très isolés dans leur exercice qui se retrouvent à travailler en équipe. Beaucoup disent que c'est un véritable changement qui est très appréciable.

Certains regrettent-ils leur choix ?

Non, aucun. Tous étaient plutôt très satisfaits de leur choix, et beaucoup m'ont dit : *"J'aurais dû le faire avant, j'ai tiré sur la corde."*

Tout ce qu'implique une vie de famille vient s'ajouter aux horaires et aux contraintes de l'exercice libéral

Vous abordez également le sujet de la féminisation de la profession, en montrant que les femmes médecins semblent avoir plus tendance à cesser leur activité libérale que les hommes... Comment en êtes-vous venue à cette conclusion ?

C'est plus une réflexion qu'une conclusion puisque, comme on n'a aucun chiffre, on ne peut pas savoir s'il y a plus de femmes qui déplaquent que d'hommes. Après, toutes les femmes interrogées m'ont dit clairement : gérer tout ça [le travail, les enfants, les tâches domestiques...] en même temps, ça devenait invivable. J'ai interrogé surtout des femmes, puisque ce sont surtout des femmes que j'ai trouvées. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a que des femmes qui arrêtent le libéral, mon but n'était pas d'être exhaustive.

Surtout, le médecin généraliste d'avant qui généralement exerçait seul et dont la femme était la secrétaire, la femme de ménage, s'occupait des enfants... Il exerçait avec des horaires importants, mais il avait aussi tout le soutien à côté d'un conjoint qui travaillait pour lui. Actuellement, les femmes médecins, ou même les hommes médecins – c'est valable pour les deux -, ont généralement un conjoint qui travaille à côté, mais pas pour eux. C'est-à-dire que tout ce qu'implique une vie de famille vient s'ajouter aux horaires et aux contraintes de l'exercice libéral. Donc le médecin d'hier n'existe quasiment plus, enfin il est voué à disparaître du fait de ça.

Vous concluez en expliquant que la profession souffre des conditions dans lesquelles elle évolue et appelez notamment à une "réflexion urgente" sur les conditions de l'exercice libéral des généralistes. Quelles solutions peuvent être mises en place ?

Il faut rendre un peu de liberté au libéral : c'est vraiment quelque chose dont tous les médecins interrogés m'ont fait part, d'une façon ou d'une autre. Mais les mesures gouvernementales actuelles ne vont pas franchement dans ce sens-là malheureusement, et ça ne participe pas à redonner de l'attrait à la médecine générale. Il faut aussi enlever un petit peu de charges administratives pour rendre du temps médical.

Il y a aussi la question de la formation des futurs généralistes, qui ne savent pas toujours à quoi ressemble réellement l'exercice libéral...

Oui, il y a déjà à faire pour leur apprendre à se protéger, parce qu'il y a beaucoup de médecins interrogés qui m'ont dit qu'ils ne savaient pas dire non, qu'ils se sont laissés submerger. On ne nous apprend pas franchement à nous protéger pendant les études de médecine. Ces études valorisent le dépassement de soi, les bons résultats... On nous apprend à en faire toujours plus et surtout, que c'est normal. Donc, c'est important de dire aux internes qui vont s'installer que la médecine, c'est bien. Mais avoir une vie à côté c'est important, pour pouvoir exercer longtemps et exercer correctement.

Et puis aussi, il nous faut une véritable formation sur ce qu'implique la gestion d'un cabinet libéral, parce qu'on a quelques heures de formation dessus, mais ça reste très succinct. C'est vrai que, quand on est au tout début de l'internat et qu'on a nos stages à l'hôpital, ça ne nous

parle pas. Je pense qu'une véritable formation à la fin de l'internat sur le libéral serait un gros plus.

.....

« Assurance maladie : une recherche d'économies qui reproduit les erreurs d'hier »

Date de publication : 7 juillet 2025



Christian Lehmann, médecin et écrivain, observe dans Libération que *« les comptes sont dans le rouge, Catherine Vautrin sonne l'alarme et annonce à l'Assemblée nationale que le gouvernement prévoit 1,7 milliard d'euros d'économies sur les dépenses de santé en 2025, en réponse au «dérapage» constaté sur les premiers mois de l'année ».*

Le médecin note ainsi que *« les revalorisations prévues début juillet, négociées dans la convention avec les spécialités médicales considérées comme «les plus en souffrance», dont les gériatres, les pédiatres, les psychiatres, (la santé mentale est censée être la grande cause nationale 2025, cherchez l'erreur !) et les kinésithérapeutes, sont renvoyées à l'an prochain, sans autre forme de procès ».*

Il cite la ministre du Travail et de la Santé, qui a déclaré : *« Nous avons parfaitement conscience des efforts demandés à chacun, mais nous jouons la pérennité du modèle social ».*

Christian Lehmann relève que *« dans le même temps, le directeur de la Cnam, Thomas Fatôme, [...] et sa directrice déléguée, Marguerite Cazeneuve, [...] vont de plateau en plateau pour présenter un catalogue à la Prévert de mesures fortes pour sauver la Sécurité sociale ».*

« Cela fait 20 ans que l'on nous joue ce sketch, depuis le «C'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer» de leur prédécesseur, Frédéric Van Roieghem, [...] qui pilota la réforme du médecin traitant, la mise à bas de la médecine générale et la mise en place des franchises sur les soins », continue le médecin.

Christian Lehmann écrit que *« Fatôme et Cazeneuve récidivent en publiant un rapport de 291 pages «Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses», contenant 60 propositions pour réaliser 3,9 milliards d'économie dès 2026, et plus de 22 milliards à l'horizon 2030. Représentants d'employeurs, de salariés, et de la Mutualité siégeant au conseil de la Cnam ont ainsi développé plusieurs pistes de réduction des dépenses, en les habillant, malgré l'absence apparente de tout soignant dans cet aréopage, de propositions médicales ».*

Le médecin évoque notamment *« la «maîtrise médicalisée» » : « Marguerite Cazeneuve et Thomas Fatôme mettent en avant la prévention, «bataille de la décennie», source de mieux-*

être et de plus faibles dépenses. Au-delà du plaidoyer cohérent pour la vaccination, pour le refus de dépassements d'honoraires pour les actes de dépistage et de prévention, l'exemple mis en avant est celui de l'hypertension ».

Le rapport indique ainsi : « L'Assurance maladie se mobilise afin de sensibiliser au dépistage de l'hypertension artérielle et autres facteurs de risque. Ainsi, une grande campagne de communication sera déployée à destination du grand public au printemps 2026. [...] Les assurés seront invités à "connaître leurs chiffres" (pression artérielle, glycémie, cholestérolémie, poids) et à agir sur leur santé cardiovasculaire en conséquence, en se rapprochant d'un professionnel de santé ».

Christian Lehmann note toutefois que « la dégradation de l'accès aux soins, la raréfaction des médecins généralistes, est en grande partie liée à la «maîtrise médicalisée» mise en place par la Cnam et aux campagnes de harcèlement sur les arrêts de travail supposés injustifiés. Là où hier vous pouviez être suivi facilement et régulièrement par un généraliste, aujourd'hui on vous vante des espaces prévention... tous les 20 ans ».

Le médecin remarque que « la direction de la Cnam essaie péniblement aujourd'hui de réparer... les erreurs fatales d'hier, mais sans jamais réellement questionner l'essentiel, sa servile obéissance aux directives élyséennes. En proposant de restreindre le nombre de patients en affection longue durée, en faisant sortir les patients en rémission apparente, et en leur laissant donc supporter le coût éventuel d'examens de surveillance ou en cas de récédive ».

Médecins, complémentaires, qui pour guider le patient dans le labyrinthe du soin ?

Les complémentaires santé ne se contentent plus de rembourser. Elles investissent désormais le terrain du conseil, de l'orientation et de la coordination. Et c'est tout l'équilibre de la relation médecin-patient qui pourrait s'en trouver modifié. L'enquête exclusive menée par Odoxa pour Santéclair révèle des chiffres sans équivoque, qui doivent alerter les médecins.

Par La rédac'
16 juin 2025 -
What's up Doc

**Une attente claire : orienter les patients vers les « bons »
médecins**

92 % des Français veulent être aidés à identifier les praticiens aux tarifs raisonnables.

84 % attendent qu'on les aide à repérer les professionnels les plus recommandés médicalement.

Autrement dit : les patients cherchent de plus en plus à rationaliser leur choix de médecin, non plus seulement sur la base du bouche-à-oreille ou de la proximité géographique, mais selon des critères de valeur, perçus ou mesurés.

Ces données doivent être prises au sérieux : elles ouvrent la voie à une sélection, ou à tout le moins une hiérarchisation des offres de soins... dans laquelle les médecins ne peuvent se contenter d'être spectateurs.

Transparence tarifaire, qualité perçue et réputation deviennent des leviers d'attractivité.

Établissements de santé : les patients veulent être accompagnés

88 % des sondés souhaitent être aidés à identifier les établissements recommandés.

78 % aimeraient un appui dans l'organisation de leurs soins programmés.

Ce chiffre traduit un glissement silencieux mais profond : les complémentaires santé veulent devenir des architectes du parcours de soins, y compris pour les interventions planifiées.

Pour les médecins, cela signifie que leur capacité à orienter, à conseiller un parcours pertinent, à connaître les ressources de leur territoire, prend une valeur nouvelle. Ceux qui maîtrisent cette articulation auront un rôle renforcé dans la relation de confiance avec leurs patients.

Un système opaque, des soins repoussés : les patients attendent des repères

85 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à des soins.

Le frein n'est pas seulement économique : pour 29 %, c'est aussi le manque de lisibilité du système.

Cela dépasse le pouvoir d'achat. L'organisation du système de santé est vécue comme un labyrinthe.

Le médecin devient alors bien plus qu'un prescripteur : il est, dans l'esprit du patient, un guide, un interprète du système. Si d'autres acteurs (comme les complémentaires) se positionnent sur ce rôle, les soignants ont tout intérêt à revendiquer leur place centrale dans l'accompagnement éclairé des parcours.

Ce que ces chiffres disent aux médecins

Loin d'être anecdotiques, ces données dessinent les contours d'un nouveau contrat implicite entre patients, professionnels de santé et assureurs. Pour les médecins, plusieurs implications se dessinent :

Travailler sa lisibilité : dans un univers où l'offre de soins est comparée, structurée et parfois « notée », être visible, compréhensible et identifiable devient stratégique.

5 outils numériques qui facilitent l'exercice des médecins en accompagnant les patients dans leur parcours de soins

Maîtriser les réseaux : connaître les dispositifs d'orientation, comprendre les logiques de parcours promues par les complémentaires, permet de garder la main sur la relation thérapeutique.

Rester prescripteur de confiance : face aux nouveaux intermédiaires du soin, le lien direct, incarné, humain que représente le médecin reste un repère irremplaçable. À condition de continuer à jouer ce rôle avec clarté, proximité et crédibilité.