

Grève des médecins

pourquoi les médecins ont fermé le rideau?

1

LE CONSTAT

Les Français ont le sentiment que **le système de santé fonctionne de moins en moins bien**. Ce ressenti est partagé par les patients... et par les médecins. (délais d'accès aux soins qui explosent, remboursements de plus en plus insuffisants, cotisations de complémentaires santé en constante augmentation, perte de liberté dans le choix de sa mutuelle...)

2

POURQUOI JE VOUS INFORME?

Je suis médecin, et je constate chaque jour la difficulté croissante pour obtenir un rendez-vous médical, ou faire réaliser un examen dans des délais raisonnables.

Contrairement à une idée répandue, **les difficultés d'accès aux soins ne sont pas dues aux compléments d'honoraires**. Elles sont avant tout liées à la démographie médicale (**nous manquons de médecins**) et à un financement devenu insuffisant pour couvrir le coût réel des soins.

Dans ce contexte, les compléments d'honoraires ne sont pas un moyen d'enrichissement, mais un levier devenu indispensable pour maintenir la qualité et la sécurité des soins, tout en consacrant du temps à nos patients. En effet, La démographie médicale s'est effondrée, et le financement du soin n'a pas suivi l'évolution des charges ni des besoins. Sans cette part complémentaire au tarif de l'assurance maladie devenu insuffisant, aucun cabinet spécialisé ne peut fonctionner correctement.

Si je vous informe aujourd'hui, c'est pour vous expliquer comment notre système de santé s'est progressivement dégradé et pourquoi **cela vous concerne directement**.

3

CE QUE VOUS ALLEZ COMPRENDRE EN LISANT CE DOCUMENT

- comment la Sécurité Sociale s'est progressivement désengagée du financement du soin ?
- comment les Complémentaires Santé ont augmenté leurs cotisations sans augmenter leurs remboursements ?
- pourquoi les Compléments d'honoraires existent et pourquoi ils sont devenus incontournables ?

4

POURQUOI MAINTENANT ?

Parce que la **Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2026** change profondément la logique du financement de la santé. En diminuant brutalement les Objectifs de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), il mettra en danger les hôpitaux privés, et aggravera les dysfonctionnements des hôpitaux publics.

Entre autres, il permettra à l'État de **baisser unilatéralement les tarifs médicaux**, ce qui revient mécaniquement à réduire vos remboursements et à affaiblir la médecine libérale qui assure 80% du soin en France. **C'est votre accès aux soins qui est menacé.**

Les médecins libéraux ont donc organisé une grève nationale du 5 au 15 janvier 2026.

1

1946

Création de la Sécurité Sociale pour les travailleurs.

2

1971

Autorisation de la liberté des honoraires par les médecins

3

2014

Les Mutuelles sont rendues obligatoires pour les salariés

4

2026

l'ONDAM ne permettra plus de nous soigner convenablement

Pour comprendre les difficultés actuelles du système de santé, il faut revenir à son origine. Initialement, la Sécurité sociale avait été créée pour protéger les travailleurs salariés qui en assuraient le contrôle et le financement. L'état a ensuite essayé de prendre le contrôle, jusqu'à l'offrir aux assurances privées.

Résumé court:

Ce document retrace l'histoire de l'**assurance maladie**. Née en 1946 pour protéger les Français, le système de santé s'est progressivement dégradé sous l'effet des décisions politiques. Les **complémentaires santé** **devenues obligatoires** ne remplissent pas leur rôle. Les tarifs médicaux de l'assurance maladie n'ont pas suivi l'évolution des charges, rendant indispensables les **compléments d'honoraires**, qui compensent l'insuffisance des remboursements. Aujourd'hui, avec la LFSS de 2026, le système menace directement la liberté de se **soigner des Français**.

1946 – LE GRAND PROJET

En 1946, au sortir de la guerre, la France rêve d'un système unifié, simple, protecteur. La **Sécurité sociale** est pensée avec un financement solidaire, géré par les travailleurs, financé par les cotisations sociales. Initialement pour les travailleurs, À l'origine, la Sécurité sociale ne couvrait pas l'ensemble de la population; les chômeurs, les étudiants, les retraités et les personnes sans activité en étaient exclus. Elle est ensuite généralisée pour l'ensemble des français. Ce projet, ambitieux et lumineux, reposait sur un principe : **l'indépendance vis-à-vis de l'État**. Le soin devait être une liberté, pas un instrument politique.

"Mais dès les premières années, les difficultés financières et les arbitrages parlementaires contraignent l'État à intervenir."

Très vite, l'État y a vu une perte de pouvoir et a voulu reprendre la main". La première étape de la stratégie de l'état a consisté à décrédibiliser la gestion autonome du régime général. Pour y parvenir, l'État lui a imposé la prise en charge de dépenses qui n'avaient pas été prévues lors du calcul des cotisations sociales. En allouant ainsi des charges indues, **il a créé artificiellement un déficit** qu'il a ensuite pu reprocher aux gestionnaires. Dès 1949, cette problématique du déficit fut débattue à l'Assemblée, avec des critiques sur la gestion justifiant, selon un grand nombre de députés, le renforcement du contrôle de l'État sur la Sécurité sociale... et sur les assurés eux-mêmes... La Sécurité sociale était alors décrite par certains journalistes de l'époque comme un « **monstre à cinq pattes qui allaite et dévore ses enfants** ».

Peu à peu, l'édifice prévu comme autonome devient un système administré, orienté par des décisions politiques plutôt que par les besoins médicaux.

1946

SÉCURITÉ SOCIALE



1960 – L'ÉTAT RÉGLEMENTE

Les décennies suivantes voient la montée des dépenses, l'évolution des techniques, et la hausse des attentes de la population. Pourtant, les tarifs fixés par la Sécurité sociale restaient bas, parfois figés.

**Les médecins alertaient déjà :
"les tarifs opposables ne couvrent plus
les coûts réels du soin"**

À l'époque, les syndicats de médecins se sont opposés aux tarifs imposés par l'assurance maladie de leurs honoraires. À l'augmentation de leurs charges, les médecins demandent une évolution. Après des années sans accord, le décret du 12 mai 1960 a profondément modifié la gouvernance du système de santé en centralisant la négociation tarifaire et en réduisant le rôle des syndicats médicaux. Ce décret marque le début du tarif opposable. Les médecins qui acceptaient individuellement la convention s'engageaient à respecter un tarif fixé par l'État, en échange d'un meilleur remboursement pour leurs patients. Ceux qui refusaient voyaient leurs patients moins bien remboursés. Ce système a divisé la profession et affaibli toute négociation collective. Surtout, il a installé durablement un écart entre le coût réel d'un soin et son remboursement par la Sécurité sociale.

**"les tarifs opposables ne couvraient plus
les coûts réels du soin"**

1971 – LA SANTE PILOTEE COMME UN BUDGET

L'État venait ainsi de prendre la main sur les acteurs du système de soin. Il lui fallait désormais mettre la main sur la sécurité sociale et le régime général.

Sous Georges Pompidou, l'État a repris le contrôle de la Sécurité sociale par deux décisions majeures. D'abord, en séparant les caisses maladie, famille et retraite, ce qui a rompu le principe de solidarité financière globale entre les différents risques. Ensuite, en modifiant la gouvernance : les salariés cotisants, jusque-là largement majoritaires, n'ont plus détenu que la moitié des sièges, l'autre moitié revenant au patronat.

**"Les salariés perdaient ainsi la main
sur la gestion administrative."**

Ce nouvel équilibre a réduit la capacité des cotisants à peser collectivement, et a facilité l'imposition de choix budgétaires décidés au sommet de l'État. Ces réformes ont transformé la Sécurité sociale en un système de plus en plus piloté par des contraintes financières, plutôt que par les besoins de santé.

LEXIQUE

AMO / AMC

Assurance maladie obligatoire (Sécu) / assurance maladie complémentaire (mutuelles).

Complément d'honoraires

Part libre du tarif, correspondant au coût réel du soin (charges, matériel, expertise). Certains le nomment à tort "dépassement".

Convention médicale

Accord national entre les médecins et l'Assurance maladie fixant les tarifs, obligations et droits.

CSG

Contribution sociale généralisée. Impôt finançant la santé, créé en 1991.

Dépassements d'honoraires

Ils ne sont en réalité que des compléments d'honoraires, expression beaucoup plus fidèle : ils représentent la part nécessaire pour atteindre le coût réel du soin.

Mutuelle / Complémentaire santé

Assurance censée compléter la Sécu. Aujourd'hui coûteuse, opaque, remboursant insuffisamment.

OPTAM

Contrat par lequel un médecin pratique des honoraires complémentaires avec un plafond et des quotas, en échange d'un meilleur

remboursement pour le patient par les mutuelles.

ONDAM

Objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est un **plafond**, non un besoin.

PLFSS

Projet de loi annuel fixant le budget de la Sécurité sociale.

Secteur 1

Médecins conventionnés, appliquant strictement les tarifs de la Sécurité sociale.

Secteur 2

Médecins conventionnés pouvant pratiquer des **compléments d'honoraires**, nécessaires pour compenser l'écart entre tarif réel et tarif Sécu.

Secteur 3

Médecins **non conventionnés**, donc à honoraires libres et non remboursés. Depuis le 1er janvier 2026, leurs prescriptions ne sont plus remboursées.

Tarif opposable / Tarif Sécu

Montant **remboursé** par la Sécu, souvent très inférieur au coût réel.

Tiers payant

Système où le patient **ne paie pas l'avance** comme en pharmacie par exemple. A renforcé la dépendance aux complémentaires.

Ces réformes ont retiré aux cotisants la maîtrise de leur système de santé et donné à l'État les moyens de piloter la Sécurité sociale comme un budget.

1979 - L'ÉTAT REINDROUIT LA LIBERTÉ TARIFAIRE

Le gouvernement de Valérie Giscard d'Estaing est incapable d'augmenter ses capacités de financement des soins dont les coûts augmentent. Il autorise alors aux médecins de pratiquer des honoraires libres, cela permettait d'augmenter le financement des soins, sans que cela ne coûte rien à l'état!

En 1979, face à l'impossibilité de revaloriser correctement les actes médicaux, l'État a réintroduit une part de liberté tarifaire pour les médecins : c'est la **création du Secteur 2**, avec compléments d'honoraires. L'objectif n'était pas d'augmenter les dépenses publiques, mais de permettre aux médecins de compenser l'écart croissant entre le tarif fixé par la Sécurité sociale et le coût réel des soins.

" La création du secteur 2 a permis de financer des soins modernes, sans augmenter les dépenses de l'état. "

Ce choix a aussi renforcé le rôle des complémentaires santé, appelées à prendre en charge une part croissante du reste à charge. Très rapidement, l'accès secteur 2 a été restreint à certains spécialistes, ce qui a figé la majorité des médecins généralistes en Secteur 1.

1980–2000 : L'ÉTAT PREND LA MAIN, LE BUDGET PREND LE POUVOIR

En 1991, sous **François Mitterrand** est créé la **CSG**, Cotisation Sociale Généralisée. En 1996, le Premier ministre **Alain Juppé** met en place les ordonnances qui changent tout : création de l'**ONDAM**, mise sous tutelle des budgets, début de la médecine pilotée par objectifs financiers...

Au début des années 1990, le financement de la santé change profondément. Avec la création de la **CSG**, l'État remplace progressivement les cotisations des salariés par un impôt. Ce changement peut paraître technique, mais il a une conséquence majeure : **la santé devient un poste budgétaire piloté par l'État, et non plus un système géré par les cotisants en fonction des besoins.**

"À partir de là, le soin n'est plus financé selon les BESOINS, mais selon un BUDGET défini par l'État. La santé devient une variable d'ajustement."

Peu à peu, une logique nouvelle s'impose : il ne s'agit plus de financer les soins nécessaires, mais de faire entrer les soins dans un budget fixé à l'avance. En 1996, cette logique est officialisée avec la création d'un budget annuel de la Sécurité sociale. Un plafond de dépenses est fixé : c'est l'**ONDAM**. Dès lors, lorsque les besoins augmentent (vieillesse, progrès médicaux, pénurie de médecins), ce ne sont plus les financements qui s'adaptent aux soins, mais les soins qui s'adaptent au budget.

2000–2020 : LES COMPLÉMENTAIRES PRENNENT LE RELAIS...

Faute de financer correctement la santé, les gouvernements successifs transfèrent une part croissante du remboursement vers les assurances



privées et mutuelles. En 2014, sous **François Hollande**, leur souscription devient obligatoire pour les salariés.

Les complémentaires santé deviennent **obligatoires pour tous les salariés**, et parallèlement, un nouveau contrat est proposé aux médecins : l'**OPTAM**. Le principe de l'OPTAM est simple en apparence ; Les mutuelles acceptent de mieux rembourser les patients, à condition que les médecins s'engagent à **limiter leurs compléments d'honoraires**. Présentée comme une solution équilibrée, cette réforme reposait sur une promesse implicite : des honoraires mieux encadrés, des mutuelles alors qualifiées de responsables" plus impliquées, et un reste à charge mieux maîtrisé pour les patients.

Les mutuelles rendues obligatoires et financées par les employeurs et les salariés.

Dans les faits, les résultats n'ont pas été à la hauteur des promesses. Les cotisations des mutuelles ont continué à augmenter, les contrats sont devenus de plus en plus complexes et difficiles à comprendre, les salariés ont perdu la liberté de choisir leur mutuelle, désormais imposée par l'employeur, et les remboursements n'ont pas suivi l'augmentation des coûts réels des soins. Peu à peu, les mutuelles sont devenues **un intermédiaire central, coûteux et opaque**, sans pour autant mieux financer les soins.

Pour les patients, ces évolutions ont une conséquence directe : "la perte de liberté de choix."

Aujourd'hui, de nombreux salariés n'ont plus la possibilité de choisir leur mutuelle. Celle-ci est imposée par l'employeur, au sein de contrats souvent complexes et difficiles à comparer.

les compléments d'honoraires sont devenus indispensables pour maintenir des soins de qualité.

Pendant ce temps, les cabinets médicaux font face à une réalité bien différente ; charges en hausse,

investissements et mises aux normes toujours plus nombreuses et obligatoires, assurances de plus en plus chères... Mais les tarifs de la Sécurité sociale, eux, **restent le plus souvent figés**. Beaucoup de médecins ont alors compris que l'OPTAM était devenu **trop restrictif** pour garantir un exercice médical de qualité, et ont choisi de le quitter.

Une réforme présentée comme sociale... mais pour qui ?

À l'origine, la Sécurité sociale a été conçue pour les travailleurs, financée par leurs cotisations. C'était une avancée sociale majeure, mais incomplète : elle excluait les chômeurs, les étudiants, les retraités et les personnes sans activité. C'est progressivement, sous l'impulsion de responsables politiques comme Ambroise Croizat, que la protection sociale a été étendue à l'ensemble des Français, faisant de la santé un droit universel. En 2014, un mouvement inverse s'opère. Face aux limites du financement public, la cotisation à une assurance maladie complémentaire devient obligatoire uniquement pour les salariés. Cette décision réintroduit un financement principalement supporté par les salariés, sans leur redonner de pouvoir décisionnel sur le système, et en laissant de nouveau de côté les chômeurs, les étudiants, les retraités et les personnes sans activité. Dans le même temps, les cotisations des complémentaires n'ont cessé d'augmenter, sans amélioration proportionnelle des remboursements des soins.

Peut-on réellement parler d'une avancée sociale dans ces conditions ?

Le système est devenu complexe et difficilement compréhensible pour les patients.

Entre Sécurité sociale, mutuelles, options de contrats et plafonds de remboursement, il est souvent difficile de savoir à l'avance ce qui sera réellement pris en charge.

2020 – LA CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire puis la pénurie médicale révèlent ce que les professionnels voyaient déjà depuis longtemps, une pénurie d'accès aux soins.

"Quoi qu'il en coûte...."

Des efforts avaient été faits pour limiter la dérive des dépenses. Sensibilisés depuis longtemps, les patients et les médecins avaient réussi à limiter les dépenses de santé. La crise sanitaire arrive, les dépenses explosent. Faute de médecins disponibles et compte tenu de la gravité de la situation, les citoyens peuvent réaliser des tests de COVID coûteux sans prescription médicale (une PCR est facturée plus de 100€ pour chaque test), ou se mettre en arrêt de travail sans prescription médicale, et sans délai de carence.

RÉSUMÉ HISTORIQUE CHRONOLOGIQUE

1946 – Création de la Sécurité sociale

Ambroise Croizat (ministre du Travail)

1971 – Prise de contrôle par l'Etat

Georges Pompidou (président)

1979 – Création du Secteur 2

Valérie Giscard d'Estaing (président)

1991 – Création de la CSG

François Mitterrand (Président)

1996 – ONDAM et tutelle du budget

Alain Juppé (premier ministre)

2016 – Mutuelles rendues obligatoires

François Hollande (président)

2020 – Politique du "quoi qu'il en coûte"

Emmanuel Macron (président)

2026 – Rupture

Emmanuel Macron (président)

2026 - LA RUPTURE

Sous le gouvernement d'Emmanuel Macron, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) est votée. Les perspectives sont dramatique. Les médecins sont en grève.

Le reste à charge des frais de santé ayant été transféré aux mutuelles, il ne reste plus désormais à l'état continuer à moins rembourser des soins pour alléger les comptes de la Sécurité Sociale... L'état a décidé qu'il pourrait désormais baisser unilatéralement les tarifs par autoritarisme, sans passer par la convention médicale (article 24). C'est la fin du processus conventionnel qui faisait de l'accord entre les médecins et l'assurance maladie, le seul moyen de négocier le remboursement des actes médicaux.

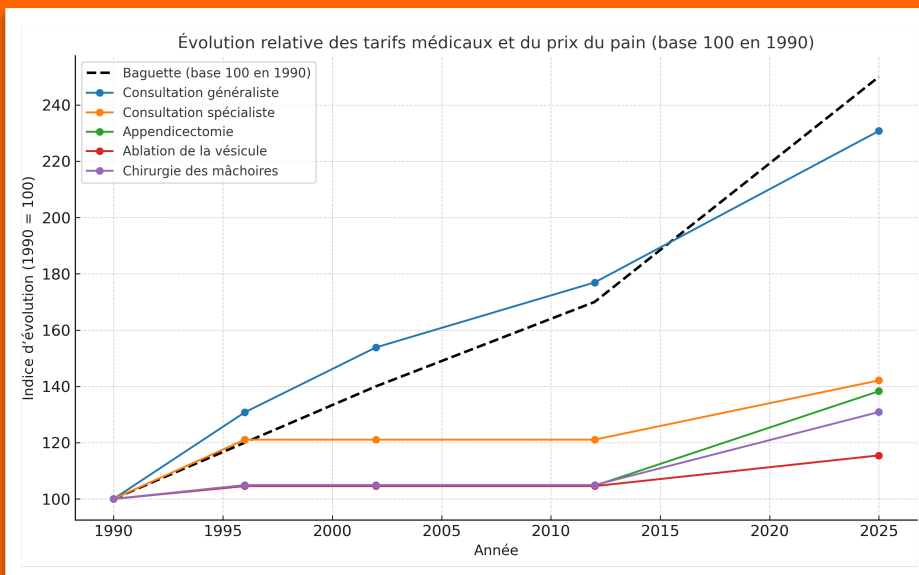
Le dialogue entre le gouvernement et les médecins est rompu.

Afin de retirer toute tentation aux médecins de se déconventionner, l'État a choisi alors de rendre ce choix invivable pour les patients en décidant de dérembourser tout acte prescrit par un médecin en secteur 3. Il s'agit pourtant d'une atteinte aux droits fondamentaux des cotisants et à l'accès aux soins. En plus de cela, un médecin déconventionné ne pourra plus se reconventionner pendant deux ans.

"Face à ces contraintes croissantes, certains médecins réduisent leur activité, changent de mode d'exercice, quittent le système conventionné, ou partent à l'étranger"

en prenant 1990 comme base 100. Alors que **le prix de la baguette a augmenté de +150 %**, les actes médicaux ont progressé beaucoup plus lentement : +131 % pour la consultation généraliste, +42 % pour la consultation spécialiste, +38 % pour une appendicectomie et +31 % pour une chirurgie des mâchoires.

En tenant compte de l'inflation (+98 %), **la valeur réelle d'une intervention chirurgicale est aujourd'hui inférieure à celle de 1990**. Autrement dit, si les tarifs avaient suivi le coût de la vie, une chirurgie facturée 200 € en 1990 devrait être payée environ 400 € en 2025, alors qu'elle est souvent restée autour de 250 €.



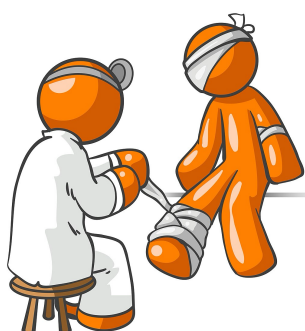
Évolution comparée du prix du pain et de la base de remboursement des actes médicaux (consultation chez le généraliste, chez le spécialiste, tarif opposable d'une appendicectomie, d'une ablation de la vésicule, ou d'une chirurgie des mâchoires entre 1990 et 2025.

Pire encore, l'impossibilité nouvelle de cumuler emploi et retraite pour les médecins en fin d'exercice accélérera des départs en retraite dans un contexte où il manque de médecins. Peu importe l'accès aux soins et les déserts médicaux, ce qui compte désormais pour le gouvernement, c'est de dominer le corps médical et les patients.

Vers une médecine "à l'anglaise" à deux vitesses?

L'exemple le plus flagrant est le système de santé anglais totalement étatisé dont l'échec a laissé la voie au développement d'une médecine libérale gérée uniquement par les assurances, avec des honoraires beaucoup plus importants qu'en France, et un accès aux soins ralentit par les listes d'attentes interminables dans les hôpitaux publics.

L'intérêt à être conventionné n'existant plus pour les médecins comme pour les patients, ils décideront peut-être de prendre également cette voie, l'État en sera alors le seul responsable.



"C'est la liberté de se soigner et l'accès aux soins qui sont en jeu."

La diminution du budget de la santé met en danger :

- ▶ le fonctionnement des hôpitaux publics et privés
- ▶ Les tarifs de soins qui ne permettent une pratique médicale sans compléments d'honoraires
- ▶ La liberté de prescription avec le renforcement de quotas de prescription sur les soins et les arrêts de travail
- ▶ Les délais de prise en charge
- ▶ La liberté du choix de son praticien

Sans un financement réaliste des soins, il n'y aura pas d'accès durable à une médecine de qualité.

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN