

Monsieur le député,

Au moment où vous vous apprêtez à examiner en commission le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, l'association Médecins pour Demain souhaite vous apporter son éclairage dont vous jugerez de l'intérêt.

Nous espérons que vous nous lirez en voyant dans ce travail un échange constructif avec des acteurs de terrain. Vous constaterez en effet que si nous souscrivons pleinement à des propositions, nous en appelons à modérer certaines, et en rejetons sur le principe d'autres qui nous paraissent susceptibles d'être délétères à la fois pour les économies sociales qu'elles visent paradoxalement à réaliser et à l'accès aux soins que nous voulons tous voir progresser, et donc pour la santé même de nos patients.

Nous nous sommes essentiellement limités à donner notre avis sur les articles desquels nous avons une compétence à évaluer l'impact, c'est-à-dire touchant les dépenses de santé.

Préalablement nous tenons néanmoins à alerter une nouvelle fois qu'une revalorisation de l'O.N.D.A.M. inférieure à l'inflation signifie une aggravation de l'appauvrissement de la santé. Une santé pauvre, ce sont des soins insuffisants, qui vont dégrader la santé des Français, et donc en augmenter le coût de manière bien plus fortement que de bons investissements bien gérés. Adopter un tel O.N.D.A.M. , c'est prendre la responsabilité d'accélérer la spirale de la dégradation de notre système de santé, jusqu'à mettre en péril sa viabilité.

Pour éviter une telle issue, les problèmes sont là : le manque d'investissement; une gestion bien plus coûteuse que les prestations. Car au bout trente année de recherche d'économies dans la santé, alors même que les besoins augmentent, il est illusoire d'en trouver encore , et, telles les saignées, les derniers remèdes proposés sont souvent pires que le mal.

La solution est de revoir l'ensemble du mode de financement de l'Assurance Maladie, sur une assiette plus large.

Nous faisons, en tant que médecins et en tant que citoyens, confiance en votre sagesse.

Nous vous faisons donc part de nos commentaires, et parfois des propositions d'amendements qui nous semblent s'imposer, des articles 18 à 31.

Article 18

Récupération de nouvelles franchises auprès de certains professionnels dentistes et concernant les dispositifs médicaux

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article 18 AMENDEMENT

Supprimer les alinéas 4, 5, 12 et 13

Exposé des motifs

L'assurance maladie finance la consommation de soins et de biens médicaux. Des participations forfaitaires et des franchises seront appliquées pour les chirurgiens dentistes ainsi que des franchises sur le matériel .
Or les professionnels de santé assurent leur mission de soins aux patients . Ils n'ont pas vocation à récupérer ou collecter l'argent dû à la CPAM, cela ne relevant pas de leur mission. Le reversement de ces sommes à la CPAM sera source de perte de temps médical dans un contexte déjà de pénurie de soignants .

Article 19

Crée la possibilité d'une prise en charge de prestations de préventions primaires des A.L.D.
Les subventions à la prévention sont tellement rares dans notre système de santé qu'on ne peut que souscrire à une telle démarche législative. Il restera à s'assurer, au moment du décret d'application, que les bénéfices attendus des prestations qui seront concernées soient validés scientifiquement.

Article 20

Oblige la vaccination anti-grippale des résidents et du personnel des établissements accueillant des personnes âgées

Le souci de prévenir des contaminations dans une population particulièrement à risque de mortalité grippale est louable. Mais cet article - pour peu qu'il ne soit pas un cavalier législatif - ne se prononce pas sur les conséquences de l'opposition de la personne à cette obligation. Cela risque de conduire à des situations délicates, en terme de droits, dans le cas de refus de la vaccination par des résidents non soumis à une mesure de protection de majeur et qui paient régulièrement leurs séjours. Il faudra donc assortir cette obligation d'un engagement préalable conditionnant l'admission dans l'établissement, en amont de celle-ci.

Article 21

Réforme de la rémunération des étudiants de 3e cycle de médecine. Statut de Praticien territorial de médecine ambulatoire

Si la création de praticien territorial de médecine ambulatoire va dans le bon sens et mériterait même d'être encore mieux valorisé compte tenu des services que l'on en attend pour réduire le

désert médical, la rémunération des "Docteurs Junior" en 4e année de médecine générale est déjà réputée être une usine à gaz qui inquiète justement les intéressés.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article 21
AMENDEMENT

Alinéa 3

Supprimer la fin de l'alinéa après le mot "dépassement";

Alinéa 4

Supprimer l'alinéa.

Exposé des motifs

L'interne de 4e année de médecine générale va travailler dans un cabinet médical doté d'une comptabilité. Il va être très difficile de séparer la comptabilité de l'étudiant de celle du cabinet. Par ailleurs, les patients pourraient être décontenancés quant à une pratique de tarification différente au sein d'un même cabinet, créant ainsi artificiellement une distorsion de concurrence.

Il serait donc plus simple que l'étudiant déclare à l'instar d'un remplaçant les sommes perçues, charge à l'administration de répartir ensuite les sommes à verser.

Article 26

Permet une réévaluation réglementaire des cotisations sociales sur la partie non conventionnée des revenus des professions libérales.

Si le but de cette disposition est d'améliorer l'accès aux soins, celle-ci risque fortement d'avoir un effet contraire pour des raisons économiques pourtant évidentes.

Si le secteur 2 est de plus en plus choisi, c'est

- d'une part, parce que la démographie médicale des étudiants en médecine a été tellement réduite que la plupart de ceux ayant choisi les filières non généralistes ont pu accéder aux postes d'assistantat rendant éligible à cette option conventionnelle;

- d'autre part, il y a avait un contrat tacite avec l'Etat. La revalorisation des actes, par trop faibles, pouvait être compensée par un dépassement d'honoraires. À titre d'exemple, la cotation pour une prothèse de genou est passée de 530 € en 2003 à 578,40 € de nos jours. Or, les tarifs de location des blocs opératoires ont considérablement augmenté, de même que le montant des assurances, tirées vers le haut en raison d'un nombre et d'un montant d'indemnisation qui ne cesse de s'élever. Il est à noter ici que les médecins généralistes sont dans le trio de tête des professionnels poursuivis, avec la chirurgie maxillo-faciale et la chirurgie orthopédique. Cela va nécessairement poser des problèmes si l'on n'ouvre pas le secteur 2 aux généralistes, à moins de plafonner les montants des indemnisations. Ainsi, les dépassements d'honoraires sont d'abord le moyen des médecins en secteur 2 de supporter les charges de leurs cabinets. C'est même une condition de viabilité du cabinet dans certains secteurs (grandes villes à hauts loyers) ou certaines spécialités (chirurgie, par exemple). Si les charges - en l'occurrence : sociales - augmentent, ceux qui veulent continuer leur activité

augmenteront leur dépassement. Les autres partiront à la retraite, deviendront salariés voire partiront à l'étranger.

Cette disposition induit donc deux risques qui ne peuvent que retentir négativement sur l'accès aux soins :

- une inflation du coût des actes;
- des fermetures de cabinets, avec une aggravation des difficultés d'accès aux soins.

Afin de prévenir un processus aussi regrettable, il convient au moins d'amender cet article.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article 26

AMENDEMENT

Alinéa 10

Supprimer la fin du a) après le mot "cotisation";

Alinéa 16

Supprimer la section II.

Exposé des motifs

Si le secteur 2 est de plus en plus choisi, c'est qu'il y a une plus grande proportion de médecins éligibles du fait de la diminution démographique des internes de spécialités ces dernières décennies, mais surtout parce que les compléments d'honoraires aux tarifs opposables sont actuellement la solution la plus évidente de pouvoir payer les charges sans recourir à l'abattage de consultations préjudiciable à la santé tant des patients que des soignants. Dans certaines zones géographiques à loyers élevés et dans des spécialités très techniques, les dépassements d'honoraires s'avèrent même être une condition de viabilité de l'activité.

Augmenter les charges sociales amènerait donc à une inflation des honoraires, pour les médecins qui ne se résigneraient pas à fermer leur cabinet pour s'orienter vers le salariat ou prendre leur retraite.

Article 27

Qui prévoit de sanctionner administrativement l'efficacité médicale de l'activité des établissements sanitaires

Cet article est la persévérance dans l'orientation qui a aggravé la dégradation manifeste du fonctionnement et des finances des hôpitaux depuis 2009 : la gestion d'établissement de soins par une administration qui par essence n'est pas compétente pour avoir une autorité en matière d'efficacité médicale. Elle en est réduite à considérer comme "références" les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Par cela, elle gère au dépens de la santé publique.

En effet, les recommandations de la H.A.S. sont basées sur des cohortes de malades homogènes, à la condition qu'il y ait consensus scientifique.

Or dans la réalité, en particulier dans une population vieillissante, les patients sont complexes, avec des polyopathologies. Plaquer des "référentiels" sur les patients d'un hôpital pour juger de

la bonne pratique de l'hôpital risque d'induire des déviances en terme de réponses de santé publique du territoire.

Le nouvel article L. 162-23-14-1 irait jusqu'à créer un nouveau délit statistique à l'échelle d'un établissement sans tenir suffisamment compte des spécificités épidémiologiques du territoire concerné. La crainte de sanctions inspirera alors aux directeurs hospitaliers des politiques délétères pour la population locale - et heurtant probablement la déontologie des soignants.

Adopter un tel article serait pour le législateur prendre la responsabilité d'aggraver la santé des Français, surtout quand elle ne rentre pas dans les cases des "référentiels", c'est-à-dire médicalement les plus fragiles, et d'en augmenter la mortalité. Ce qui aggraverait assurément les coûts pour l'Assurance Maladie.

En sacrifiant la santé des personnes à celle des finances sociales, on altère les deux.

Le bon sens veut que la solution raisonnable à une meilleure efficacité médicale de l'activité d'un hôpital passe par une gestion assurée par les experts en qualité des soins : les soignants eux-mêmes. Cela nécessitera une *nouvelle rédaction de l'article L6143-7-5 du code de la santé publique*, redonnant *plus de pouvoir à la commission médicale d'établissement*, et *confiant peut-être la direction à un médecin de santé publique* à la neutralité dépassant les rivalités internes que devait neutraliser la loi "Hôpital, Patients, Santé & Territoire".

Mais cela dépasse le cadre de cette P.L.F.S.S.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article 27

AMENDEMENT

Cet article est supprimé

Exposé des motifs

La dégradation du fonctionnement et des finances des hôpitaux depuis 2009 est dans une grande partie due au fait que la loi a confié la gestion d'établissement de soins à une administration qui par essence n'est pas compétente pour avoir une autorité en matière d'efficacité médicale. Elle en est réduite à considérer comme "références" les recommandations telles que celles de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.).

Or les recommandations de la H.A.S. sont basées sur des cohortes de malades homogènes, à la condition qu'il y ait consensus scientifique.

Mais, dans la réalité, en particulier dans une population vieillissante, les patients sont complexes, avec des polyopathologies. Plaquer collectivement des "référentiels" ou des statistiques sur les patients d'un hôpital pour juger de la bonne pratique de celui-ci risque d'induire des déviances en terme de réponses de santé publique du territoire.

Adopter un tel article serait prendre la responsabilité d'aggraver la santé des Français, en particulier ceux médicalement les plus fragiles, et d'en augmenter la mortalité. Ce qui augmenterait assurément les coûts pour l'Assurance Maladie.

Pour éviter une accélération de la catastrophe sanitaire actuelle, il convient donc de supprimer cet article, et de réfléchir à une révision législative de la définition du directeur des hôpitaux.

Article 28

Définit des limites de temps réglementaires aux prescriptions d'arrêt de travail.

Limiter par décret les incapacités temporaires de travail revient à attribuer au pouvoir réglementaire une expertise sur l'état de santé d'un patient et ses répercussions fonctionnelles qui est du ressort du médecin.

A notre connaissance, il n'y a pas de consensus scientifique sur la durée de l'arrêt pour nombre de situation clinique. Cette incapacité s'évalue selon chaque situation en fonction de critères différents notamment :

- l'intensité de troubles fonctionnels : l'asthénie, les douleurs, etc qui peuvent altérer les capacités psychiques (trouble de l'attention, par exemple) ou physiques (impotence) de travail du patient;
- la gravité d'avancée de la maladie;
- la nécessité de repos pour permettre le processus de guérison ou éviter une aggravation des lésions par l'activité professionnelle en attendant le traitement étiologique (en orthopédie, par exemple).
- le risque épidémique, dans le cas de maladie contagieuse potentiellement grave.

Généraliser, parfois arbitrairement, les limites de durée des incapacités temporaires de travail en fonction des seuls types de trouble, est à risque d'aggraver les troubles du patient, ce qui, en soit, pose la question de la constitutionnalité de cet article au titre de l'article 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Par ailleurs, l'application de ce texte provoquerait dans certains cas un excès de consultations de suivi au dépens de l'accès aux soins d'autres patients ou de la santé du praticien. D'autant que cette contrainte de prescriptions cliniquement inappropriées induirait chez celui-ci un conflit avec sa déontologie, dont les obligations garantissant la qualité et la sécurité des soins qu'il doit à son patient (surtout les articles R.4127- 5, 8, 32 & 34 du code de la santé publique).

Nous rappelons que pour les pathologies bénignes, d'évolutions courtes (gastro-entérite; états grippaux, ...) où l'empêchement à travailler est essentiellement d'ordre fonctionnel, et où l'examen clinique apporte peu au diagnostic, nous conseillons la légalisation d'un droit d'*auto-déclaration sur l'honneur du travailleur de son incapacité à travailler*, sur un nombre de jours annuel limité, éventuellement assortie d'une carence d'indemnité.

Fixant des sanctions financières en cas de sous-utilisation du DMP

Il existe une résistance des professionnels de santé à l'usage du Dossier médical partagé (DMP). Elle est causée par un caractère peu ergonomique, voire des pannes fréquentes, qui causent des pertes de temps importantes dans l'activité de ces soignants. Mais le Dossier médical partagé pose aussi des problèmes éthiques à des professionnels qui sont déontologiquement garants du secret médical de leurs patients, et se trouvent maintenant dans l'obligation de déléguer cette protection des données médicales à des tiers inconnus, avec lesquels ils vont partager cette responsabilité. Sanctionner le sous-usage du DMP revient à devoir payer pour des problèmes techniques qui ne sont pas de leurs ressorts et à être puni de scrupules éthiques légitimes.

La sévérité des sanctions projetées est d'autant plus insupportable, ne serait-ce parce qu'elle peut mettre à mal beaucoup d'activités de soignants. En terme d'impact, elle va pousser la masse de ceux en âge de prendre leur retraite ou ceux qui ne voient plus le sens à leur métier à mettre fin à leur carrière, avec les répercussions navrantes sur une offre de soins déjà très insuffisante.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Amendement
ARTICLE 31

Supprimer cet article

Exposé des motifs

Cet article est motivé par la sous-utilisation du Dossier médical partagé (DMP) malgré l'obligation par l'article L1111-15 du Code de la santé publique, d'information et de consultation de ce coffre numérique des données de santé du patient .

Mais le législateur doit s'interroger sur les raisons d'une telle résistance des professionnels de santé à cette obligation légale.

Cette résistance est à la fois d'ordre technique et d'ordre éthique.

- sur le plan technique, il faut savoir que l'usage de MonEspaceSanté est consommateur de temps médical. Le renseignement de du DMP en consultation est fastidieux en raison des étapes pour y accéder, parmi lesquelles, le professionnel de santé a, heureusement, à demander à son patient l'accord pour la consultation et pour la communication de ses données, alors même que, souvent, le patient découvre ainsi avec une surprise parfois inquiète qu'il a un DMP. Cela est sans compter les fréquentes difficultés de connexion. En cas de refus du patient ou d'échec de l'usage du DMP, cet article pénaliserait financièrement le professionnel de santé pour des raisons sur lesquelles il n'a pas la maîtrise.

- sur le plan éthique, la numérisation des données médicales insécurise le médecin dans son rôle déontologique de garant du secret médical, puisque là où il était maître de la conservation de ces données, il la délègue à des tiers auxquels on lui demande de faire confiance. Alors même que ces données sont des cibles stratégiques d'attaques crapuleuses ou par des puissances étrangères (l'Agence du Numérique de la Santé reconnaît plus de 250 cyberattaques d'établissements de soins en 2023). On peut signaler aussi les modifications législatives a posteriori du cadre initial de MonEspaceSanté telle celle sur laquelle le Conseil National de l'Ordre des Médecins a voulu alerter le Conseil constitutionnel en 2024. Ces dilemmes des soignants sont d'autant plus sensibles que la majorité des patients n'ont pas été dûment informés de la création de leur MonEspaceSanté , puisque si l'information a été envoyée, l'Etat n'a pas la preuve que leurs destinataires ont consulté celle-ci et donc été en mesure de s'y opposer dans les six semaines imparties ("ouverture automatique" selon l'article L1111-14 du Code de la santé publique). De fait, 4/5^e des Français n'ont jamais ouvert leur DMP.

Or le Règlement Européen de la Protection des Données (RGPD) exige un accord du patient, particulièrement dans le cas de données aussi sensibles que les données de santé personnelles. Mais l'article L1111-15 du Code de la santé publique stipule au contraire que "chaque professionnel de santé doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge" . La loi soumet donc le professionnel de santé à des injonctions contradictoires.

De surcroît, le caractère partagé de l'usage du DMP, alors que s'annoncent des transferts de tâches médicales et que l'on envisage la primo-prescription à des auxiliaires de soins sous couvert de renseignement du médecin de ces prescriptions via le DMP, interroge l'engagement de la responsabilité du médecin par ce renseignement du DMP s'il n'en est pas informé ou le temps qu'il devra passer quotidiennement à vérifier les prescriptions qu'autrui aura rédigées à son millier de patients. Attendre la jurisprudence en

ce domaine de responsabilité partagée à travers le DMP n'encourage pas à adopter aisément cet outil, aussi légalement contraint soit-il par l'article L1111-15 du Code de la santé publique.

Pénaliser financièrement, par le biais de la convention avec l'Assurance Maladie, l'usage d'un outil encore imparfait techniquement et posant encore des questions éthiques légitimes, compte-tenu de leurs devoirs déontologiques, aux professionnels de santé concernés, est au moins prématuré. Quant à la sanction, qui peut se monter à hauteur d'une part difficilement supportable du revenu de certains soignants, médecins compris, elle ne peut qu'encourager certains professionnels à interrompre leurs activités, et en premier lieu, ceux en âge de prendre leur retraite ne souhaitant pas investir dans un logiciel dont ils ne comprennent pas le sens, ni parfois le fonctionnement. La suppression de cet article s'impose donc.

Article additionnel

Suppression du formulaire d'accompagnement à la prescription

Le début d'application de l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale confirme les effets que nous vous disions redouter l'automne dernier, lors de l'examen du PLFSS pour 2025.

Elle cause des complications techniques : accessibilité difficile au formulaire d'"accompagnement à la prescription" sur ameli-pro , quand nous ne sommes pas confrontés à une des fréquentes pannes de cette plate-forme.

Cette situation induit déjà diverses conséquences pratiques qui compliquent, voire compromettent, le traitement médical de nos patients :

- au mieux, cela amène le prescripteur à perdre plusieurs minutes d'un précieux temps médical à remplir les conditions de délivrance pour un seul médicament, à l'encontre de la simplification administrative annoncée aux professionnels de santé;
- en l'état, ni la loi , ni le règlement, n'ont prévu d'alternative en cas d'impossibilité technique de réalisation du formulaire d'"accompagnement à la prescription".

L'article 162-1-7-1 du C.S.S , appelé à le remplacer en janvier, n'arrangera rien, avec les mêmes problématiques.

Le médecin, dans l'intérêt de son patient, a parfois à prescrire en dehors des recommandations et des A.M.M. Une trop grande rigidité de l'Assurance Maladie dans l'application de ces critères pour le remboursement sans tenir compte des particularités d'un patient donné, amènerait à des dilemmes chez le médecin : quand les médicaments recommandés sont inefficaces ou mal tolérés, un patient qui n'a pas les moyens financiers de prendre une alternative non remboursée dans son indication, doit-il se priver du traitement qui lui convient le mieux ? L'économie doit-elle se faire au dépens de l'éthique ? N'y aurait-il pas là rupture d'égalité ?

La qualité et l'offre des soins en pâtissent déjà.

Aussi ces considérations peuvent constituer l'exposé de différents motifs de l'amendement suivant :

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Amendement

ARTICLE ADDITIONNEL

I. - L'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Exposé des motifs

- Une complication administrative inutile

Pour certains actes (prescriptions de transports, d'arrêts de travail, ...), il existe déjà des « cerfa » par lesquels le prescripteur justifie sa prescription par son indication. Ils sont à destination du service médical de la caisse locale d'Assurance Maladie et donc couverts par le secret médical. Un document supplémentaire ne serait qu'un doublon qui rajouterait une tâche administrative au dépens du temps clinique du professionnel médical, alors qu'il suffirait au besoin de rajouter un item aux formulaires déjà existants.

Une exception est l'ordonnance de médicaments, remise au patient pour la transmettre au pharmacien, sur laquelle l'indication ne peut être inscrite sans rompre le secret médical. Pourtant, la loi permet déjà d'indiquer si la prescription est remboursable ou non sur l'ordonnance sans mention du diagnostic (art. L.162-4 du C.S.S.). L'article 162-1-7-1 du C.S.S. n'apportera donc pas de réel bénéfice, tout en mettant les praticiens dans une situation délicate en les confrontant à des obligations légales contradictoires.

A l'utilité douteuse de ce nouveau document, il faut ajouter les complications chronophages induites par le caractère optionnel pour l'Assurance Maladie de l'application de cette obligation. En effet, les différentes versions d'articles légalisant ce document supplémentaire concordent en proposant que « *la prise en charge par l'assurance maladie (...) peut être subordonnée* » au renseignement du dit document et à sa présentation. Il s'en déduit que celui-ci n'aurait pas à être fourni systématiquement. Cela implique alors que ce sera au prescripteur de s'enquérir, pour chacune de ses prescriptions, si son remboursement est conditionnée par le remplissage de ce nouveau formulaire. Une telle Car ni dans l'article 162-1-7-1 du C.S.S., ni dans son récent décret d'application, pas plus que dans l'article 16 du P.L.F.S.S. actuel, ne sont apportés de critères qui définiraient une liste d'actes qui seront visés par l'obligation de ce document, pas plus n'est expliquée la façon dont cette information serait fournie aux prescripteurs.

- Une perte de chance pour le patient

L'article 162-1-7-1 commandera au professionnel médical d'indiquer par ce document que « *sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute autorité de santé.* »

Cela nous conduit à apporter un éclairage en expliquant la différence entre des recommandations scientifiques et des « référentiels » administratifs, et son implication dans la conduite des soins à donner aux patients.

Rappelons les natures de deux types de critères auxquels pourrait se référer l'Assurance Maladie comme argument recevable dans le formulaire défini dans ces textes :

- *Les Autorisations de Mise sur le Marché (A.M.M.)* : qui sont en fait demandées à l'initiative des laboratoires. Ce sont donc eux qui choisissent, selon leurs intérêts, leur stratégie, les indications pour lesquelles ils sollicitent une A.M.M. Ils concentrent parfois leur demande sur une maladie précise, alors que leur molécule peut être efficace sur d'autres. On peut par exemple voir des antidépresseurs qui n'ont l'A.M.M. que pour la dépression, alors que les études scientifiques montrent qu'ils apportent un bénéfice dans différents troubles anxieux. Par ailleurs, dans des pays étrangers, des traitements ont des équivalents d'A.M.M. étayés bien plus étendus qu'en France.

- *Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.)* sont à proprement parler des « recommandations », c'est-à-dire des conseils, basés sur des moyennes statistiques d'études centrées sur une maladie donnée. Mais le médecin, dans le quotidien de ses consultations, doit s'adapter à la réalité singulière de chaque patient. Celui-ci a son idiosyncrasie : son trouble peut résister aux traitements recommandés, ou il peut être particulièrement sensible à leurs effets indésirables, ou encore il peut avoir d'autres pathologies qui sont des contre-indications à ces médicaments. Alors le médecin doit chercher d'autres principes actifs compatibles avec les données de la science.

Il peut par ailleurs y avoir des biais dans ces recommandations. La raison d'être de l'H.A.S. étant de définir de bonnes pratiques, il arrive que cette administration s'efforce de proposer des recommandations même quand elles ne sont pas soutenues par son propre dossier scientifique, en particulier quand il y a absence de consensus dans le domaine. (La revue de thérapeutique indépendante Prescrire en est venue à faire une rubrique régulière de critiques des « fiches H.A.S. »). Or le médecin est déontologiquement tenu dans ses prescriptions à se référer aux connaissances scientifiques actualisées, et non aux positions de l'H.A.S.

La densité de cet argumentaire reflète celle des inquiétudes que nous avons de la complication, par l'application de ces articles, de l'exercice des professionnels médicaux.

Nous sommes à votre disposition pour vous apporter l'éclairage que vous jugeriez utile de la part de praticiens médicaux,

Avec ma haute considération,