

MÉDECINS POUR DEMAIN

L'association qui défend la médecine libérale française

PLATEFORME PROGRAMMATIQUE ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE 2027

30 propositions pour sauver la médecine libérale,
garantir l'accès aux soins et préparer le système
de santé au défi du vieillissement

À l'attention des partis politiques et des écuries présidentielles

Avril 2026

Sommaire

Édito de la Présidente3

Pourquoi cette plateforme4

PARTIE I — LE CONSTAT5

1. Un défi démographique inédit : le vieillissement5
2. L'explosion des maladies chroniques6
3. Une médecine libérale sous pression7
4. Un système qui s'enfonce dans la défiance8

PARTIE II — NOTRE ADN : 4 LIGNES ROUGES NON NÉGOCIABLES9

PARTIE III — 30 PROPOSITIONS POUR LE QUINQUENNAT 2027-203211

- Axe 1 — Restaurer l'attractivité de la médecine libérale11
- Axe 2 — Résoudre les déserts médicaux par l'incitation13
- Axe 3 — Construire une politique de prévention ambitieuse15
- Axe 4 — Responsabiliser les usages, fluidifier le système17
- Axe 5 — Réformer le médicament et lutter contre les ruptures19
- Axe 6 — Réformer les arrêts maladie et les conditions de travail20
- Axe 7 — Hôpital, gouvernance, coordination ville-hôpital21

PARTIE IV — 10 QUESTIONS AUX CANDIDATS22

ANNEXE — Les chiffres-clés à retenir24

Édito de la Présidente

La médecine libérale française est à un point de bascule. Depuis dix ans, à chaque PLFSS, à chaque mission parlementaire, à chaque pacte présenté en grande pompe, le même réflexe l'emporte : **contraindre, contrôler, sanctionner**. Et pendant ce temps, les médecins partent, les vocations s'éteignent, les patients attendent.

Nous, médecins libéraux engagés au sein de Médecins Pour Demain, refusons cette spirale. Nous refusons que l'on confonde un problème démographique avec un problème comportemental. Nous refusons que l'on transforme les soignants en suspects pour ne pas avoir à reconnaître les défaillances d'un système d'organisation.

« On ne soigne pas un pays en plaçant ses médecins sous contrôle judiciaire permanent.

»

La présidentielle de 2027 est un rendez-vous décisif. Soit la France choisit de défendre son modèle libéral, fait d'indépendance professionnelle, de proximité et de relation singulière avec le patient. Soit elle laisse s'installer durablement un modèle administré, financiarisé et déshumanisé, dont aucun pays comparable ne sort gagnant.

Cette plateforme est notre contribution à ce débat. Elle ne se contente pas de dénoncer. Elle **propose**. Trente propositions, opérationnelles, chiffrées lorsque c'est possible, qui dessinent un cap pour le quinquennat 2027-2032.

Nous demandons aux partis politiques et aux écuries présidentielles de **placer la médecine libérale au cœur de leurs programmes**. Pas comme un sujet technique réservé à la commission des affaires sociales. Mais comme ce qu'elle est vraiment : un sujet de souveraineté sanitaire, d'aménagement du territoire, et de pacte républicain.

Nous restons à la disposition de chacun pour échanger. Le débat mérite mieux qu'une réforme improvisée. Il mérite **une vision**.

Dr Moktaria ALIKADA
Présidente de Médecins Pour Demain

Pourquoi cette plateforme

Cette plateforme programmatique a été élaborée dans un objectif unique : faire entrer la défense de la médecine libérale dans les programmes présidentiels.

Notre méthode

Nous sommes partis du terrain. Des médecins qui exercent, qui voient leurs patients chaque jour, qui constatent les déserts, qui croulent sous les certificats inutiles, qui assistent à la déconnexion croissante entre les décisions parisiennes et la réalité des cabinets.

Nous y avons ajouté une expertise rigoureuse : analyse des PLFSS successifs, étude des modèles européens, lecture des rapports de la DREES, de la CNAM, de la Cour des comptes, du HCAAM, de France Stratégie.

Nous nous sommes interdits trois choses : la victimisation, l'outrance, l'attaque ad hominem. Et nous nous en sommes imposé une : proposer.

Notre conviction

Il n'y aura pas de système de santé soutenable en France sans médecine libérale forte. Et il n'y aura pas de médecine libérale forte sans **respect** de ce qui en constitue l'ADN : la liberté d'installation, la liberté de prescription, le paiement à l'acte, l'indépendance professionnelle.

Notre demande aux candidats

- **Inscrire** la défense de la médecine libérale comme un axe stratégique du programme présidentiel.
- **Renoncer** à toute mesure coercitive d'installation, en France comme dans les départements et régions d'outre-mer.
- **Engager** un dialogue de fond avec les médecins libéraux et leurs associations représentatives, dont MPD.
- **S'engager** sur un plan pluriannuel de soutien à la médecine de proximité, à la hauteur du défi du vieillissement.

PARTIE I — Le constat

« Un système de soins à la croisée des chemins »

1. Un défi démographique inédit : le vieillissement

La population française va connaître au cours des prochaines décennies une transformation démographique d'une ampleur historique. Les projections de l'INSEE sont sans appel : la France comptera 76,5 millions d'habitants en 2070, contre 68,6 millions au 1er janvier 2025.

Cette augmentation de huit millions d'habitants se fera **quasi exclusivement chez les plus de 65 ans**. Aujourd'hui, ils sont 14,9 millions. Ils seront 22,9 millions en 2070, soit une hausse de 53,7 %. La part des plus de 75 ans, qui passera de 10,4 % à 17,9 % de la population, augmentera particulièrement, soit 5,7 millions de personnes supplémentaires.

Ce que cela change concrètement

+ 53,7 %	Hausse du nombre de Français de plus de 65 ans d'ici 2070
1/4	Part des plus de 65 ans dans la population française en 2040
+ 50 %	Hausse attendue des 75-84 ans entre 2020 et 2030
x 4	Multiplication des dépenses de santé dans les 12 derniers mois de vie
38 Md€	Économies potentielles selon France Stratégie si la population vieillit en bonne santé

La consommation de soins augmente avec l'âge : 37 % entre 60 et 69 ans, 43 % entre 70 et 79 ans, 50 % au-delà de 80 ans. 70 % des dépenses de soins infirmiers en ville et 50 % des dépenses de kinésithérapie sont concentrées sur les plus de 70 ans.

Comme le souligne l'économiste Brigitte Dormont, la hausse n'est pas tirée par *plus* de consultations, mais par une augmentation de la dépense par patient, en particulier sur le poste médicament. Anticiper cette transformation est aujourd'hui une obligation politique. La subir, ce sera la garantie d'un système qui s'effondre.

2. L'explosion des maladies chroniques

Le vieillissement entraîne mécaniquement une explosion du nombre de patients en affection de longue durée (ALD). En 2013, on enregistrait 1 224 350 nouvelles ALD pour l'année. En 2023, ce chiffre était de 1 444 980, soit une hausse de 18 % en dix ans.

Par projection, avec 5,7 millions de personnes de plus de 65 ans supplémentaires d'ici 2070, on peut s'attendre à une hausse **supplémentaire de 27,5 % des ALD**. Or c'est sur cette catégorie de patients que se concentre l'essentiel des dépenses : 9 560 € par an et par patient ALD selon le dernier rapport de la CNAM, contre 1 230 € pour un patient hors ALD.

Quatre dynamiques préoccupantes

- **Cancer** : + 33,5 % de nouveaux cas en 10 ans (de 285 150 à 380 690 cas annuels). La mortalité par cancer est devenue le premier poste de mortalité en France — phénomène unique parmi les pays avancés, où ce sont les maladies cardio-vasculaires qui dominent.
- **Diabète** : + 51,6 % en 10 ans (de 2,25 à 3,41 millions de patients). Deux causes principales : sédentarité et alimentation ultra-transformée.
- **Maladies cardio-vasculaires** : + 40 % de coronaropathies, + 65,4 % d'insuffisance cardiaque en 10 ans.
- **Maladies mentales** : + 31 % d'ALD en 10 ans, avec accélération depuis le Covid.

La leçon est limpide : sans politique de prévention massive, la trajectoire est intenable. À elle seule, la **lutte contre le tabac, l'alcool et l'obésité éviterait 58 778 cas de cancers par an**, soit 38,6 % des cas (Institut National du Cancer).

3. Une médecine libérale sous pression

Pendant que la demande de soins explose, l'offre s'effrite. Le constat est sans appel : la médecine libérale française est en train de se vider de ses forces vives.

63 100 → 56 700	Effectif des médecins libéraux exclusifs entre 2013 et 2023
30 %	Part des médecins en exercice ayant plus de 60 ans
50 %	Médecins en burn-out, dont 45 % de généralistes
12 %	Jeunes médecins qui s'installent en libéral à la sortie de leurs études
20 %	Étudiants en médecine qui abandonnent en cours de route
5 000 / 45 000	Médecins formés qui s'installent à temps plein

Cette désaffection a des causes identifiées : **conditions d'exercice dégradées, charge administrative en hausse continue (estimée à 20 % du temps de travail, soit 10 heures perdues par semaine sur un temps de travail moyen de 50 heures), valeur de l'acte trop basse, défiance institutionnelle, judiciarisation croissante.**

Conséquence directe : les jeunes médecins s'orientent vers le salariat ou quittent le pays. Le nombre de médecins français exerçant en Suisse est passé de 279 à 817 en dix ans. Les pays voisins préemptent une ressource que la France a renoncé à valoriser.

4. Un système qui s'enfonce dans la défiance

Plutôt que de s'attaquer aux causes structurelles, les pouvoirs publics ont choisi depuis plusieurs années une logique punitive et administrée. Cette logique a un nom : la suspicion généralisée envers les médecins.

Les marqueurs de cette dérive

- **PLFSS 2026** : année blanche de la médecine générale (4e année d'internat), pénalisation du cumul emploi-retraite, restrictions de la liberté de prescription, baisse autoritaire des actes CCAM, amendes massives sur le DMP.
- **PPL Garot et PPL Mouiller** : instauration d'une coercition à l'installation déguisée en régulation.
- **PPL « lutte contre les fraudes »** : généralisation des Mises Sous Objectifs (MSO), mécanisme qui transforme le médecin en suspect comptable a priori.
- **Mission décentralisation** : préparation d'une planification étatique de la santé, sans les médecins, sans les soignants, sans les usagers.

L'erreur stratégique majeure

Tous ces dispositifs partagent le même présupposé : **le problème viendrait du comportement des médecins.**

C'est faux. Le problème vient d'une démographie médicale en chute libre, d'une absence de prévention, d'une organisation territoriale défailante, et d'une dépense pharmaceutique qui dérape.

Punir les médecins n'a jamais fait revenir un seul médecin dans un désert. Au contraire : **la coercition accélère les déplaquages et tarit les vocations.**

PARTIE II — Notre ADN

« Quatre lignes rouges non négociables »

Avant toute discussion programmatique, Médecins Pour Demain pose quatre lignes rouges. **Aucun des candidats sérieux à la présidentielle 2027 ne pourra prétendre prendre en charge la santé des Français en remettant en cause ces fondamentaux.** Ils ne sont pas des privilèges corporatistes : ils sont les garanties offertes aux patients.

LIGNE ROUGE n°1 — La liberté d'installation

On ne résout pas une pénurie en empêchant les médecins de s'installer. La coercition à l'installation, expérimentée dans plusieurs pays européens, n'a jamais produit les effets escomptés. En Allemagne, qui pratique cette régulation depuis vingt ans, la fondation Robert Bosch estime à 11 000 le nombre de postes de généralistes manquants à horizon 2035.

La régulation à l'installation aurait surtout un effet immédiat : accélérer le départ des médecins vers le salariat, vers la Suisse, ou vers l'abandon pur et simple du métier. **La pénurie n'est pas une question d'organisation, c'est une question d'attractivité.**

LIGNE ROUGE n°2 — La liberté de prescription

La standardisation par la loi des durées d'arrêt de travail, des plafonds d'actes, des durées de primo-prescription, méconnaît la diversité des situations cliniques. Chaque patient est unique.

La liberté de prescription, encadrée par les référentiels HAS et le contrôle a posteriori, est ce qui permet une médecine personnalisée et pertinente. La supprimer revient à substituer un algorithme administratif au jugement clinique.

LIGNE ROUGE n°3 — Le paiement à l'acte

Le paiement à l'acte n'est pas un détail technique. C'est le rempart contre la fonctionnarisation et la financiarisation de la médecine. Il garantit que la prise en charge reste adaptée à chaque patient, et non dictée par des objectifs de rendement ou des injonctions managériales.

Toute substitution par un système majoritairement capitatif ou forfaitaire ouvre mécaniquement la voie à des **logiques de tri, de quotas et de patientèles fermées**. C'est exactement ce que les patients français ne veulent pas.

LIGNE ROUGE n°4 — L'indépendance professionnelle

Le médecin n'est pas un agent d'exécution de la Sécurité sociale. Il est lié à son patient par un colloque singulier protégé par le serment d'Hippocrate, le secret professionnel et la déontologie.

Les Mises Sous Objectifs (MSO), les contrôles préalables sur les ALD, les dispositifs de double peine financière et conventionnelle **dénaturent cette relation et minent durablement la confiance.**

Sur ces quatre piliers, **Médecins Pour Demain ne transigera pas**. Tout candidat sérieux à la présidentielle 2027 doit s'engager publiquement à les préserver.

PARTIE III — 30 propositions

« Un cap pour la médecine libérale 2027-2032 »

Cette partie présente trente propositions opérationnelles, organisées en sept axes stratégiques. Chacune est conçue pour être directement intégrable dans un programme présidentiel et déclinable en mesures législatives ou réglementaires dès le début du quinquennat.

Axe 1 — Restaurer l’attractivité de la médecine libérale

Sans médecins, pas d’accès aux soins. La priorité absolue du quinquennat est de redonner envie de s’installer en libéral, de continuer à exercer, et de transmettre.

PROPOSITION 1 — Porter la consultation à 50 €

Engagement de l’État estimé à 2 milliards d’euros par an (215 millions de consultations de généralistes annuelles), avec suppression progressive des forfaits redondants. **Signal politique fort** pour réinjecter une partie des 40 000 médecins formés mais non installés en activité libérale pleine.

Une consultation revalorisée, c’est aussi une consultation plus longue, donc une meilleure qualité de soins, une meilleure prévention, et un véritable rôle de médecin traitant assumé.

PROPOSITION 2 — Rouvrir le secteur 2 à toutes les spécialités

Permettre à tous les médecins, dans toutes les spécialités, d’accéder au secteur 2 conventionné, dans le respect du tact et de la mesure. Aujourd’hui, le secteur 2 est verrouillé pour les jeunes diplômés alors même que les conditions d’exercice se dégradent et que la valeur de l’acte stagne sous l’inflation.

Cette mesure n’est pas une démarche de rentier : c’est une soupape qui évite le déconventionnement massif et la création d’une médecine à deux vitesses subie par les patients.

PROPOSITION 3 — Engager une réforme de fond des études médicales

Étendre progressivement les sites de **PASS / LAS** à tous les départements, renforcer les capacités hospitalières et pédagogiques locales, valoriser financièrement les maîtres de stage universitaires.

Mettre fin à la **maltraitance institutionnelle** qui frappe les internes : 50 % d’anxiété généralisée, 25 % d’épisodes dépressifs, suicides récurrents. Aligner les rémunérations des internes français sur celles des internes allemands (35 % au-dessus du salaire moyen, contre 60 % en-dessous en France).

Suspendre la mise en œuvre de la **4e année d'internat de médecine générale** tant que les conditions financières et pédagogiques ne sont pas réunies — sans quoi elle créera une année blanche d'installation.

PROPOSITION 4 — Décharger massivement les médecins des tâches administratives

Aujourd'hui, **20 % du temps de travail** d'un médecin libéral est absorbé par l'administratif. Sur 50 heures hebdomadaires, ce sont 10 heures perdues, soit l'équivalent de 4 000 équivalents temps plein à l'échelle nationale.

Plan de choc en trois volets :

- → **Suppression par décret** des certificats absurdes (cantine, sport-loisir, absence scolaire, attestations bailleurs et assureurs, MDPH à renouvellement systématique) ;
- → **Financement de l'IA en cabinet** par réaffectation des fonds non utilisés des CPTS ;
- → **Généralisation des assistants médicaux** et secrétariats partagés en zones tendues.

PROPOSITION 5 — Augmenter sensiblement le forfait médecin traitant pour les plus de 65 ans

Le suivi d'un patient âgé, polypathologique, polymédicamenté, demande un investissement de temps qui n'est pas valorisé par la rémunération à l'acte standard. Une revalorisation ciblée du forfait médecin traitant pour les plus de 65 ans est un investissement direct dans la qualité du suivi, et donc une économie nette à moyen terme (moins d'hospitalisations, moins de complications, meilleure observance).

Cette mesure répond directement au défi du vieillissement, et reconnaît le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins coordonné.

Axe 2 — Résoudre les déserts médicaux par l'incitation

Aucun pays n'a résolu ses déserts médicaux par la coercition. La France n'y parviendra pas davantage. La solution passe par **l'incitation, la mobilisation des seniors et l'organisation territoriale** — pas par la contrainte.

PROPOSITION 6 — Créer 1 000 centres de consultations avancés

Implantés dans les zones les plus en tension, dans des locaux fournis par les collectivités locales (mairies, départements, régions). Ouverts en demi-journées ou journées entières à des médecins volontaires, en particulier les **retraités ou quasi-retraités (30 % des médecins ont plus de 60 ans)**.

Rémunération **forfaitaire défiscalisée** sur la base de 10 consultations par demi-journée, soit 300 €. Coût total estimé : **156 millions d'euros en année pleine**.

Financement intégral par la « **taxe lapin** » (voir proposition 14) : 14 millions de rendez-vous non honorés par an, soit 420 millions d'euros — de quoi couvrir trois années de fonctionnement sans sollicitation de l'État.

PROPOSITION 7 — Lever tous les freins au cumul emploi-retraite

Aujourd'hui, seuls 40 % des médecins continuent d'exercer après la retraite, contre 60 % il y a dix ans. Cette érosion est en partie liée à la complexité administrative (URSSAF, CARMEF, fiscalité) et à la récente **pénalisation du cumul emploi-retraite** qui a fait fuir des centaines de praticiennes (en particulier les mères de famille).

Engagement présidentiel : aligner le régime du cumul emploi-retraite des médecins sur le régime le plus favorable, supprimer toute cotisation sur les revenus du cumul, et garantir un statut social simplifié pour les médecins seniors poursuivant une activité.

PROPOSITION 8 — Lancer un grand plan « remplacement médical », notamment l'été

Plusieurs millions de consultations sont perdues chaque année faute de remplaçants disponibles, en particulier durant la période estivale et dans les territoires ruraux. C'est aussi un frein direct à l'installation : un médecin qui sait qu'il ne pourra pas être remplacé hésite à s'installer.

Plan en trois volets : **plateforme nationale dédiée** mettant en relation médecins installés et remplaçants, **incitations fiscales** au remplacement en zone sous-dotée, et **conventions facultés-territoires** permettant aux Docteurs Junior d'assurer des remplacements ponctuels.

PROPOSITION 9 — Incitation fiscale ciblée sur les zones sous-dotées

Création d'un statut fiscal spécifique pour les médecins, **toutes spécialités confondues**, installés dans les zones d'intervention prioritaires (ZIP) : exonération de cotisations sociales sur les actes réalisés en zone sous-dotée, **dégrevée progressivement sur dix ans**, aide à l'installation et au logement, secrétariat partagé financé, garde d'enfants prioritaire pour les conjoints.

Les déserts médicaux ne concernent pas que les généralistes. Les ophtalmologues, pédiatres, gynécologues, psychiatres y manquent tout autant. Le dispositif doit être ouvert à toutes les spécialités.

PROPOSITION 10 — Préserver la médecine de proximité face aux structures de soins non programmés

Conditionner l'ouverture des structures de soins non programmés (SNP) à leur **adossement à la médecine de ville existante** (MSP, CSG, CPTS), à une régulation médicale réelle (SAS / PDSA) et à un financement pérenne.

Sans cela, le risque est triple : financiarisation, cannibalisation de la patientèle des médecins traitants, et fuite des soins programmés au profit du soin opportuniste. La proximité d'abord, le sans rendez-vous ensuite.

Axe 3 — Construire une politique de prévention ambitieuse

La prévention est le parent pauvre du système français. Pourtant, c'est sur ce levier qu'existent les plus grands gisements d'économies. France Stratégie estime à **38 milliards d'euros** l'économie potentielle d'une population vieillissant en bonne santé.

PROPOSITION 11 — Plan tabac, alcool, alimentation : agir sur les trois grands déterminants

À elles seules, ces trois pratiques contribuent à **38,6 % des cancers** en France, soit 58 778 cas par an (Institut National du Cancer).

- **Tabac** : 28 % des hommes et 23 % des femmes fument en France — taux le plus élevé d'Europe pour les femmes. Plan pluriannuel de hausse continue de la fiscalité, lutte renforcée contre le marché parallèle, généralisation de l'accompagnement à l'arrêt sans reste à charge pour les médicaments d'aide.
- **Alcool** : 11 litres par habitant et par an, 9 % au-dessus de la moyenne européenne. Politique de prévention dédiée à l'alcool — ce que la France ne fait pas, contrairement à plusieurs voisins européens — et étiquetage informatif sur les bouteilles.
- **Aliments ultra-transformés** : lutte contre les déterminants commerciaux de santé (DCS), encadrement de la publicité ciblant les enfants, généralisation effective du Nutri-Score sur l'ensemble des produits, taxation différenciée selon le score nutritionnel.

PROPOSITION 12 — Faire de l'activité physique une prescription remboursée

La pratique régulière d'une activité physique modérée diminue de **14 %** l'incidence du diabète et fait baisser de **0,6 %** le taux d'hémoglobine glyquée chez les patients déjà diagnostiqués.

Reconnaître le sport sur ordonnance comme un acte de prévention pris en charge à 100 % pour les patients en ALD, et étendre le dispositif aux patients à risque cardio-vasculaire ou métabolique avéré.

PROPOSITION 13 — Refonder les bilans de prévention

Les certificats médicaux de sport-loisir, demandés parfois chaque année, encombrant les cabinets sans bénéfice clinique. À l'inverse, **les bilans de prévention véritablement utiles aux âges-clés manquent**.

Mettre fin au certificat de sport-loisir annuel. Le remplacer par un bilan de prévention obligatoire à **20 ans, 30 ans, 40 ans, 50 ans, 60 ans et 70 ans**, financé par l'Assurance maladie, incluant dépistage cardio-vasculaire, métabolique, et accompagnement personnalisé sur les facteurs de risque.

PROPOSITION 14 — Soutenir l'article 19 du PLFSS sur la prévention dans les ALD

Sous condition expresse que les actes pris en charge soient **scientifiquement validés**, et que ce parcours ne devienne pas un **filtre d'entrée en ALD** — mécanisme qui constituerait une limitation déguisée des droits.

La prévention doit être un droit, pas une condition d'accès aux soins. Une véritable politique de prévention exige des moyens : temps médical dédié, équipes pluriprofessionnelles, éducation thérapeutique structurée.

Axe 4 — Responsabiliser les usages, fluidifier le système

Le système français est confronté à un paradoxe : il est gratuit ou quasi gratuit pour l'utilisateur final, ce qui génère mécaniquement de la sur-consommation et de la déresponsabilisation. Sans toucher au principe de solidarité nationale, **plusieurs leviers permettent de redonner du sens à l'usage du système.**

PROPOSITION 15 — Instaurer une véritable « taxe lapin »

14 millions de rendez-vous non honorés chaque année en médecine de ville, soit **4 000 équivalents temps plein de médecins gaspillés**. Au tarif d'une consultation à 30 €, cela représente 420 millions d'euros.

Mécanisme proposé :

- → **Prélèvement automatique** du prix de la consultation comme une franchise sur les remboursements ultérieurs, en cas d'absence non justifiée.
- → **Affectation intégrale des sommes** au financement des centres de consultations avancés en zones sous-dotées (proposition 6).
- → **Plafonnement encadré** pour les médecins, afin d'éviter toute répercussion sur les cotisations des complémentaires santé.

PROPOSITION 16 — Autoriser l'auto-déclaration d'arrêt de travail jusqu'à 3 jours

Mesure de bon sens déjà en vigueur en **Allemagne, Suisse (jusqu'à 3 jours), Portugal (jusqu'à 8 jours), Pays-Bas (jusqu'à 8 semaines)**. Limitée à deux occurrences annuelles pour les pathologies bénignes (rhume, gastro, fièvre).

Effet immédiat : **plusieurs millions de consultations libérées** dans les cabinets, sans coût pour la Sécurité sociale (la durée proposée correspond au délai de carence). En miroir, une mesure parallèle doit être prise pour les **arrêts pour enfant malade jusqu'à 5 jours**.

PROPOSITION 17 — Supprimer par décret tous les certificats médicaux non médicaux

Cantine, garderie, centre aéré, enfant malade, attestations pour bailleurs, assurances IJ ou emprunteurs, certificats MDPH à renouvellement systématique, certificats de sport-loisir... La liste est longue, l'utilité médicale nulle, le coût pour le système immense.

Engagement interministériel (Santé, Travail, Éducation nationale, Logement) : revue exhaustive et abrogation par décret de toute exigence de certificat médical sans plus-value clinique.

PROPOSITION 18 — Lutter contre le nomadisme médical et les actes redondants

Le même bilan biologique réalisé deux fois à quelques jours d'intervalle, le même examen d'imagerie demandé par plusieurs spécialistes indépendamment, plusieurs consultations le même jour pour le même motif chez des médecins différents : **ces redondances représentent un gaspillage massif.**

Mesures techniques : non-remboursement de la seconde consultation réalisée le même jour pour le même motif, déploiement effectif d'une plateforme nationale d'examens d'imagerie et de biologie partagée ville-hôpital, traçabilité automatique des examens redondants.

PROPOSITION 19 — Engager un débat national sur les franchises médicales

Plusieurs pays européens (Allemagne, Suisse, Pays-Bas) ont mis en place des **franchises annuelles modulées selon les revenus** — avec exemption pour les patients en ALD, les jeunes, et les bénéficiaires de minima sociaux.

Ce débat doit être ouvert sans tabou. La gratuité totale au point de service n'est pas une garantie d'égalité d'accès : **c'est aujourd'hui l'absence de médecins qui produit le renoncement aux soins**, pas leur coût. Toute franchise doit être accompagnée d'une **garantie de plafonnement des complémentaires santé**, soit par voie légale, soit par augmentation parallèle de la part Assurance maladie.

Axe 5 — Réformer le médicament et lutter contre les ruptures

Le poste médicament est en augmentation continue malgré tous les plans d'économies successifs. Le paradoxe : on a comprimé les prix des médicaments matures (-48,6 % en 20 ans, contre +33,28 % d'inflation), provoquant des ruptures d'approvisionnement, sans s'attaquer aux dérives sur les médicaments innovants.

PROPOSITION 20 — Réévaluer l'intérêt de l'accès à certains médicaments

Aujourd'hui, des médicaments dépassés restent sur le marché à des prix excessifs. **Reprendre les négociations tarifaires sur les « innovations » anciennes**, par exemple sur une durée de cinq ans, dès lors que d'autres traitements sont sortis dans la même indication — avec une évaluation fondée sur les répercussions médico-économiques réelles, en particulier pour les Améliorations du service médical rendu modestes (ASMR IV et V).

En parallèle, **réévaluer le rapport bénéfice/risque de certains médicaments en vente libre** — aspirine, lopéramide, oméprazole, ibuprofène... — dont l'automédication expose à des risques de iatrogénie et à des coûts évitables d'hospitalisation pour complications graves. Certains ne devraient tout simplement plus être accessibles sans avis médical ou pharmaceutique.

Un principe simple : **réévaluer systématiquement l'intérêt des médicaments onéreux et/ou dangereux**, au lieu de comprimer indéfiniment le prix des médicaments matures utiles, déjà en tension d'approvisionnement.

PROPOSITION 21 — Rembourser sur la base du générique le moins cher

Pour tous les médicaments du quotidien et toutes les classes thérapeutiques pour lesquelles existe une alternative générique ou biosimilaire, aligner le remboursement sur le prix du générique le moins cher du marché. Le surcoût éventuel reste à la charge du patient ou de sa complémentaire.

Mesure de **convergence européenne**, déjà appliquée dans plusieurs pays, qui peut générer plusieurs centaines de millions d'économies annuelles sans dégrader la qualité des soins.

PROPOSITION 22 — Lutter contre les ruptures à l'échelle européenne

Les ruptures de médicaments matures résultent d'un écart de prix entre la France (+0,5 %) et ses voisins européens (+3 à 4 % en Allemagne, Italie, Espagne), ce qui pousse les grossistes (les « *short-sliners* ») à rediriger les médicaments français vers les marchés plus rémunérateurs.

Confier à l'**Agence européenne du médicament** la négociation des prix à l'échelle de l'Union, donner à l'ANSM les moyens réels de tracer les flux de grossistes, et mettre fin aux dérives de l'export parallèle.

PROPOSITION 23 — Maîtriser les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)

Les PHEV représentent aujourd'hui **43 % des médicaments délivrés en ville**, avec une croissance de 10 % par an. Le différentiel de prix moyen entre une boîte prescrite à l'hôpital et la même boîte prescrite en ville est **de 1 à 6**. 70 % de la hausse de la dépense en médicaments de ville provient de la part hospitalière.

Mise en place d'un mécanisme de responsabilisation budgétaire des prescripteurs hospitaliers : indicateurs de coût moyen par séjour, partage de la dépense entre enveloppe MCO et enveloppe ville, ouverture obligatoire d'un dialogue ville-hôpital sur les pratiques de prescription.

Axe 6 — Réformer les arrêts maladie et les conditions de travail

Le coût total des arrêts de travail (Sécurité sociale + employeurs + chômage seniors) est estimé entre **30 et 41,2 milliards d'euros par an**. Les pistes d'économies ne passent pas par la suspicion des médecins, mais par une réforme structurelle des conditions de travail.

PROPOSITION 24 — Cesser de transformer les médecins en agents de contrôle

Les Mises Sous Objectifs (MSO) et la transformation de la médecine de ville en suspecte permanente sont un **échec stratégique majeur**. Pour 25 millions d'euros d'économies annoncées (0,03 % des dépenses de l'Assurance maladie), on installe une défiance qui coûte infiniment plus cher en déplaquages et en perte d'adhésion.

Engagement présidentiel : **suspension des MSO en première intention**, recentrage des contrôles sur la mission propre de la CNAM, fin de la double peine financière et conventionnelle, dialogue préalable systématique avant toute procédure.

PROPOSITION 25 — S'attaquer aux causes réelles de l'absentéisme

Comme le démontre le sociologue Denis Monneuse, **les arrêts de complaisance n'existent pratiquement pas**. L'absentéisme massif est la réponse collective à un malaise organisationnel, jamais le symptôme de fraudes individuelles.

La France est classée en queue de peloton européen pour les conditions de travail (Eurofound). Elle est aussi **championne d'Europe du présentéisme**, qui touche entre 6 et 9 % de la masse salariale pour un coût annuel de 13,7 à 24,9 milliards d'euros — soit plus que l'absentéisme.

Engager un grand plan national pluriannuel sur les conditions de travail, en lien avec les partenaires sociaux. Plutôt que de surveiller les médecins, **surveillons les organisations qui rendent les salariés malades**.

PROPOSITION 26 — Un grand plan emploi des seniors

L'emploi des plus de 60 ans en France est de **60 % à peine, contre 75 % en Allemagne**. Le recul de l'âge de la retraite produit mécaniquement une augmentation des arrêts de travail (+4,2 % par an selon la Cour des comptes) et un sur-chômage des seniors (+13 %), pour un coût induit annuel de 5 milliards d'euros.

Mesures : adaptation obligatoire des postes de travail au vieillissement, valorisation des fonctions de tutorat et de transmission, fiscalité incitative pour les entreprises maintenant l'emploi des plus de 60 ans, droit à la formation renforcée à mi-carrière.

PROPOSITION 27 — Encadrer strictement les arrêts via téléconsultations non-médecin traitant

40 % de l'augmentation des arrêts de travail provient des **téléconsultations sur plateformes**, qui renvoient ensuite massivement le patient vers son médecin traitant, générant une double consommation de temps médical.

La récente limitation de ces arrêts à trois jours est un premier pas. **Aller plus loin : non-remboursement des arrêts délivrés en téléconsultation par un médecin non-installé ou hors parcours de soins coordonné**, traçabilité obligatoire des prescriptions sur plateformes.

Axe 7 — Hôpital, gouvernance, coordination ville-hôpital

L'hôpital français concentre deux maux structurels : un poids excessif de l'administration, et un problème profond de gouvernance. La médecine de ville en subit les conséquences directes, notamment via les transferts de charge non financés.

PROPOSITION 28 — Engager une refondation de la gouvernance hospitalière

Quelques repères édifiants : près de **20 % des postes « soignants » à l'hôpital sont en réalité administratifs**. Sur la période 1980-2017, les effectifs de la fonction publique hospitalière ont augmenté de 54 %, quand la population française n'a augmenté que de 22 %, et que les durées de séjour ont raccourci.

Mission d'évaluation présidentielle indépendante de la gouvernance hospitalière dès 2027, avec mandat de proposer une réaffectation massive des moyens administratifs vers le soin direct, et un retour au pouvoir médical sur les décisions cliniques et organisationnelles.

PROPOSITION 29 — Créer une plateforme nationale d'examens partagée ville-hôpital

Aujourd'hui, **un même examen est très souvent répété** car non disponible à la fois côté ville et côté hôpital. C'est une perte de temps clinique massive, un coût budgétaire majeur, et un facteur d'irritation pour le patient.

Mettre en place une **plateforme nationale unique** de stockage et de partage des examens biologiques, d'imagerie et de comptes rendus, accessible à tous les médecins prenant en charge le patient, dans le respect du consentement et du secret médical. Pré-requis incontournable : **une utilisation fluide et simple**, contrairement aux échecs répétés du DMP.

PROPOSITION 30 — Désengorger les urgences en valorisant la médecine de ville

Un passage aux urgences non hospitalisé coûte **60 €** à la collectivité. Autoriser les médecins libéraux à facturer un supplément de 20 € pour les patients redirigés par les urgences réduirait le coût global de 40 € par patient et fluidifierait les flux.

En miroir : revaloriser les créneaux de ville après 19h et le samedi matin, reconnaître la PDSA assurée par 88 % des médecins généralistes libéraux (couverture territoriale de 97 % selon le CNOM 2023), et proscrire toute obligation de garde de nuit profonde sans repos compensateur.

PARTIE IV — 10 questions aux candidats

« Pour structurer le débat présidentiel »

Médecins Pour Demain pose ces dix questions à chaque candidat à la présidentielle 2027. **Les réponses publiques engageront leur responsabilité devant les médecins libéraux et devant les Français.**

1. Vous engagez-vous à inscrire dans votre programme la défense explicite des quatre lignes rouges (liberté d'installation, liberté de prescription, paiement à l'acte, indépendance professionnelle) ?
2. Vous engagez-vous à renoncer à toute forme de coercition à l'installation, qu'elle soit directe (PPL Garot) ou déguisée (« plan de solidarité obligatoire ») ?
3. Vous engagez-vous à porter la consultation à 50 € d'ici la fin du quinquennat, dans le cadre d'une refondation tarifaire de la médecine libérale ?
4. Quel est votre plan concret pour réduire de moitié, en cinq ans, le temps administratif des médecins libéraux ?
5. Vous engagez-vous à abroger par décret tous les certificats médicaux non médicaux dans les six premiers mois du quinquennat ?
6. Vous engagez-vous à mettre fin aux Mises Sous Objectifs (MSO) en première intention et à recentrer les contrôles sur la mission propre de la CNAM ?
7. Vous engagez-vous à autoriser l'auto-déclaration d'arrêt de travail jusqu'à 3 jours, sur le modèle allemand ou suisse ?
8. Quel est votre plan d'investissement national pluriannuel dans la prévention des trois grands déterminants : tabac, alcool, alimentation ?
9. Quelle est votre vision de la coordination ville-hôpital, et notamment de la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) ?
10. Êtes-vous prêt à recevoir, dès le début de votre campagne, une délégation de Médecins Pour Demain pour un échange de fond sur l'avenir de la médecine libérale ?

ANNEXE — Les chiffres-clés à retenir

Démographie et besoins de santé

+ 8 M	Nouveaux habitants en France d'ici 2070, quasi exclusivement chez les + 65 ans
+ 53,7 %	Hausse du nombre de + 65 ans d'ici 2070
+ 50 %	Hausse attendue des 75-84 ans entre 2020 et 2030
+ 27,5 %	Hausse attendue des ALD d'ici 2070
9 560 €	Coût annuel moyen par patient ALD (vs 1 230 € hors ALD)
38 Md€	Économies potentielles si la population vieillit en bonne santé

Démographie médicale

63 100 → 56 700	Médecins libéraux exclusifs (2013 → 2023)
30 %	Médecins de plus de 60 ans
50 %	Médecins en burn-out (45 % des généralistes)
12 %	Jeunes médecins qui s'installent en libéral
20 %	Étudiants qui abandonnent la médecine en cours d'études
5 000 / 45 000	Médecins formés → médecins installés à temps plein
20 %	Part du temps de travail absorbée par l'administratif
+ 538	Médecins français installés en Suisse (2014-2024)

Économies potentielles identifiées

420 M€ / an	Recettes potentielles d'une « taxe lapin » (14 millions de RDV non honorés)
156 M€ / an	Coût des 1 000 centres de consultations avancés (autofinancés via la taxe lapin)
3 500 € / patient	Économies potentielles sur la polymédication des personnes âgées
~ 2 M / an	Consultations libérées par l'auto-déclaration d'arrêt court
38,6 %	Cancers évitables par la lutte tabac + alcool + obésité (58 778 cas/an)
15 Md€	Surcoût hospitalier français vs Allemagne (1 % de PIB)

13,7 - 24,9 Md€

Coût annuel du présentéisme en France (plus que l'absentéisme)

Coercition à l'installation : des chiffres qui parlent

11 000	Postes de généralistes manquants en Allemagne en 2035 (Robert Bosch)
88 %	Médecins généralistes libéraux assurant la PDSA en France
97 %	Couverture territoriale de la PDSA en 2023 (CNOM)
93 €	Tarif d'une consultation en Allemagne
6 838	Médecins français exerçant en Allemagne (modèle « régulé »)

Médecins Pour Demain*Une voix indépendante au service de la médecine libérale française*Présidente : **Dr Moktaria ALIKADA** — 06 60 59 17 22Vice-Présidents : **Dr Benoît COULON** — 06 84 50 10 09 / **Dr Ephrem MÉNAGER** — 06 87 86 23 33Contact : medecinspourdemain@gmail.com | www.medecinspourdemain.fr