

## Projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales

### Note MG France

MG France, premier syndicat des médecins généralistes, alerte sur les dispositions de l'article 17 du Projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales<sup>1</sup>.

Si nous ne nions pas l'évidence, à savoir une augmentation significative du coût des indemnités journalières (IJ) liées aux arrêts maladie, les alinéas 7 à 10, imposant la mise sous objectif (MSO) des médecins ciblés par l'Assurance Maladie pour la prescription des arrêts de travail, exposent la médecine générale à une perte d'indépendance de l'exercice, dans un contexte de dégradation de la santé, mentale en particulier, des Français.

### MG France demande

1. La suppression dans le texte de la disposition imposant la MSO (pour un retour à une MSO "proposée", donc refusable par le médecin, et au recours à la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) le cas échéant).
2. La publication par l'Assurance Maladie de la méthodologie et des résultats agrégés des contrôles.
3. Une saisine de la DREES (et, le cas échéant, une mission IGAS conjointe) afin d'auditer la requête de ciblage utilisée par les services de l'Assurance Maladie.
4. L'exclusion dans la comptabilisation des IJ relatifs aux arrêts de travail longs n'ayant pas fait l'objet d'un contrôle effectif par le service médical comme le prévoient les règles en cours (notamment au-delà de 6 mois).
5. La prise en compte des situations où l'arrêt a été confirmé par le service médical de la CPAM, comme facteur atténuant lors de l'appréciation du dossier.

### I/ Augmentation des IJ : un phénomène à recontextualiser

#### *Une augmentation du coût des IJ essentiellement portée par des facteurs structurels*

Les IJ liées aux arrêts maladie ont connu une accélération récente (2019–2023), s'écartant de l'augmentation tendancielle constatée au cours de la décennie précédente.

Une part majoritaire de cette hausse (60% selon l'Assurance Maladie) s'explique par des facteurs structurels et conjoncturels échappant au corps médical : augmentation des salaires, vieillissement de la population active, hausse du nombre d'actifs, causes épidémiologiques<sup>2</sup>.

Dès lors, que nous disent les facteurs "restants" ? Les médecins auraient-ils changé leurs pratiques ces cinq dernières années ?

*À âge donné, la hausse des volumes ne peut pas tout expliquer : le taux de recours pèse beaucoup plus fortement*

Alors que le débat public est parasité par l'élément de langage selon lequel les médecins prescriraient des arrêts maladie de manière inappropriée et plus longs que par le passé, les analyses disponibles distinguent clairement ce qui relève des facteurs structurels (emploi, âge, salaires), et de la "sinistralité" (taux de recours, durée, complexité des situations).

L'Assurance Maladie traduit dans ses analyses publiées dans son dernier rapport Charges et Produits pour 2026 une rupture nette avec le tendanciel concernant les IJ à partir de 2019. Cette hausse est essentiellement portée par un effet prix (indépendant du médecin car lié à des facteurs structurels) et une augmentation du taux de recours (graphique en annexe). A âge donné, les médecins n'arrêtent pas nécessairement plus longtemps leurs patients, en moyenne. En revanche, le nombre de personnes arrêtées augmente (taux de recours).

Les médecins n'ont aucun intérêt à arrêter des patients bien portants : faut-il encore le rappeler. Regardons plutôt la réalité clinique de l'état de santé des Français en face : une altération globale de leur état de santé, avec des arrêts parfois longs, et des situations de reprise de travail souvent difficiles à mettre en place, un épuisement des salariés qui s'intensifie, une complexification des situations médicales avec l'augmentation des pathologies chroniques, des délais d'accès au second recours souvent allongé, etc...

### *Une dégradation de l'état psychique de la population impactant*

Les dernières années ont été marquées par une dégradation de la santé mentale de la population, objectivée par les autorités sanitaires, et ayant conduit le Président de la République lui-même à ériger la santé mentale en grande cause nationale.

Bien avant les publications en attestant<sup>3</sup>, les médecins généralistes étaient déjà confrontés à des patients présentant une santé mentale altérée. Bien souvent premier interlocuteur médical du patient, ils accueillent des patients démunis et parfois dans l'incapacité de reprendre leur activité professionnelle.

Ces arrêts sont parfois de longue durée et les dispositions pour un retour, adapté ou non selon les besoins, à l'emploi sont délicates et complexes à mettre en place.

## **II/ Des freins multiples, une politique incomplète**

### *Politique de l'Assurance Maladie centrée sur les MSO : une politique à risque*

S'agissant des professionnels, l'Assurance Maladie entend réduire le nombre d'arrêts maladie par le ciblage et la sanction des médecins ayant le plus haut taux de prescription.

Lorsqu'un dispositif repose principalement sur des objectifs chiffrés assortis de pénalités comme celui-ci, il peut induire un effet de sous-prescription par crainte, s'étendant au-delà des seuls médecins ciblés. La conséquence est alors mécanique : la décision médicale risque d'être déplacée vers une logique de quota.

### *Ciblage des médecins : une requête gardée secrète, insuffisamment ajustée aux réalités de patientèle*

MG France a été frappé par la prévalence élevée des médecins pratiquant une médecine sociale parmi les médecins ciblés des dernières campagnes « IJ » de l'Assurance Maladie.

Nous avons demandé à de multiples reprises à l'Assurance Maladie la publication de la requête statistique utilisée par ses services pour cibler les médecins exposés à des sanctions. Nous ne l'avons jamais obtenue. Nous avons toutefois eu la confirmation que les prescriptions des médecins étaient comparées à l'échelle de bassins de population équivalents, sans tenir compte ni des motifs d'arrêt ni des profils médicaux de la patientèle.

Or les patientèles sont diverses, et par conséquent les pratiques médicales également. Dès lors, il est compréhensible que des médecins à l'écoute des problématiques psycho-sociales, accueillant des publics vulnérables, soient régulièrement ciblés sur une base statistique, indépendamment de la pertinence clinique.

### *Des employeurs pas assez impliqués sur la question des IJ*

À ce jour, les entreprises n'ont pas d'incitation, ou de sanction, réellement efficaces les motivant à créer les conditions de réduction des arrêts de travail en amont, quand bien même la corrélation bien-être au travail - meilleure productivité a été démontrée à plusieurs reprises.

Un mécanisme incitatif pour les employeurs (bonus/malus à l'image des dispositions en vigueur pour le régime AT/MP) pourrait être discuté. Malheureusement ces leviers structurels ne sont pas au cœur du texte débattu, alors qu'ils toucheraient à une cause déterminante. Ce qui montre par ailleurs que ce texte n'est pas le bon vecteur pour traiter de ces questions.

### *Un service de santé au travail en difficulté, et une coordination insuffisante au long cours*

Un grand nombre d'arrêts maladie font l'objet d'un adressage au médecin du travail par les médecins généralistes traitants. Les tensions démographiques sur les services de santé au travail et l'absence des effets escomptés de la réforme de 2021 se traduisent par des délais d'accès rallongés et une capacité à agir sur l'entreprise amoindrie. De plus, les services de médecine du travail et de l'Assurance Maladie communiquent insuffisamment entre eux.

Les arrêts maladie de longue durée relèvent pour la majorité d'entre eux de situations sociales complexes, nécessitant un travail de concert entre l'Assurance Maladie / le médecin traitant / la médecine du travail / les services sociaux et l'employeur. Dans les faits, le médecin est bien souvent seul face à son patient arrêté, aux perspectives empêchées, et désormais désigné responsable d'une situation sociale sur laquelle il a peu de prises.

## **III/ Un projet de loi qui s'inscrit dans cette logique incomplète**

### *Rendre la MSO obligatoire : justification par des difficultés RH*

La MSO est un dispositif imposant au médecin ciblé une baisse de ses prescriptions sous peine de sanctions. Elle concerne aujourd'hui les arrêts de travail, mais elle pourrait tout aussi bien concerner les médicaments, les transports, etc.

Selon les dispositions en vigueur, le médecin ciblé peut refuser la MSO et demander une Mise Sous Accord Préalable (MSAP). Cela signifie que ses prescriptions doivent recevoir l'accord du service médical. Il consent donc à ce que l'Assurance Maladie ait un droit de regard sur ses prescriptions dans une optique d'amélioration.

L'Assurance Maladie justifie la volonté d'interdire le refus de la MSO par un surcroît de travail de ses services médicaux. Nous aurions pu espérer le choix d'une option plus positive d'une demande de moyens supplémentaires et une coordination renforcée avec les médecins permettant au service médical d'honorer pleinement sa mission. Ce n'est manifestement pas le choix retenu.

### *Un risque de perte de l'indépendance médicale*

Un médecin n'ayant plus de recours possible à la MSAP n'aura d'autre choix que de réduire ses prescriptions, fussent-elles justifiées, pour ne pas s'exposer à des pénalités financières pouvant s'élever à plusieurs milliers d'euros.

Cette perspective est effrayante tant pour les médecins que pour les patients. Un médecin face à un malade dont l'état de santé nécessite un arrêt de travail se retrouverait à devoir s'assurer qu'il n'a pas épuisé son "quota" d'IJ. Que se passera-t-il si c'est le cas ? Quelles conséquences pour la santé du patient ? Quelles conséquences pour la charge mentale du médecin ne pouvant exercer son travail ? Quelles conséquences pour le système de santé quand le patient qui ne peut travailler consultera un autre médecin qui espérons n'aura pas atteint son quota IJ, augmentant ainsi les dépenses ?

Nous alertons sur ce risque majeur.

MG France, et les médecins généralistes qu'il représente, ne contestent pas le principe du contrôle. Le sujet n'est pas d'y échapper, mais de sortir d'une mathématisation de la santé et du social, appréhendée par une statistique brute, non ajustée à la patientèle, et insuffisamment transparente.

**Prescrire de nombreux arrêts maladie est rarement de la fraude ; si c'est le cas, cela doit être sanctionné. Si les prescriptions ne sont pas pertinentes, les médecins doivent être accompagnés. S'ils pratiquent une médecine sociale, ils doivent être encouragés.**

#### **MG France demande**

1. La suppression dans le texte de la disposition imposant la MSO (pour un retour à une MSO "proposée", donc refusable par le médecin, et au recours à la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) le cas échéant).
2. La publication par l'Assurance Maladie de la méthodologie et des résultats agrégés des contrôles.
3. Une saisine de la DREES (et, le cas échéant, une mission IGAS conjointe) afin d'auditer la requête de ciblage utilisée par les services de l'Assurance Maladie.
4. L'exclusion dans la comptabilisation des IJ relatifs aux arrêts de travail longs n'ayant pas fait l'objet d'un contrôle effectif par le service médical comme le prévoient les règles en cours (notamment au-delà de 6 mois).
5. La prise en compte des situations où l'arrêt a été confirmé par le service médical de la CPAM, comme facteur atténuant lors de l'appréciation du dossier.

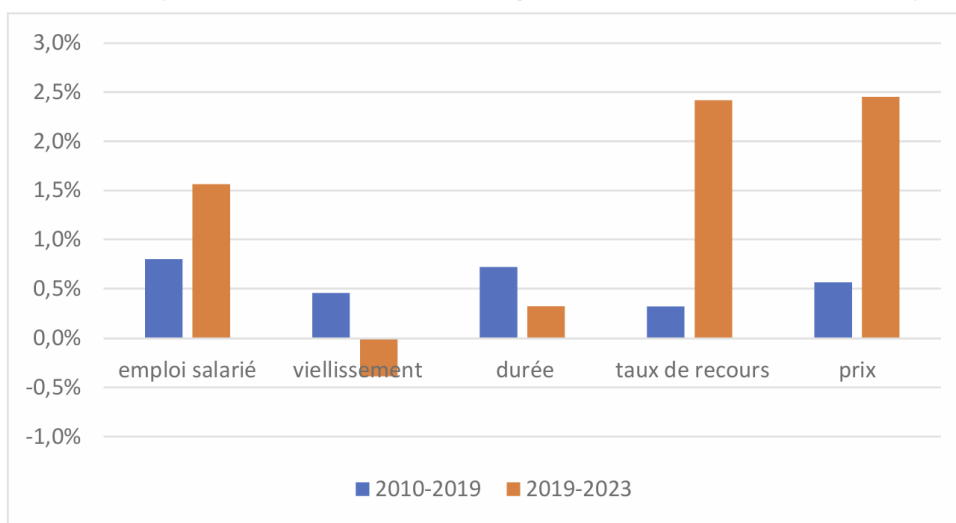
La Présidente  
Agnès Giannotti  
[president@mgfrance.org](mailto:president@mgfrance.org)

## Annexes et bibliographie

1. Projet de loi, adopté par le Sénat, après engagement de la procédure accélérée, relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, n° 2115, déposé le mardi 18 novembre 2025.  
[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2115\\_projet-loi#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2115_projet-loi#)
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026. Rapport Charges et Produits pour 2026. CNAM. Mise à jour septembre 2025  
[https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07\\_rapport-propositions-pour-2026\\_assurance-maladie.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf)
3. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(2):28-40.  
[http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023\\_2\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html)

## Facteurs d'augmentation du coût des IJ 2010-2023

Figure 39 : Facteurs explicatifs de la croissance des indemnités journalières maladie entre 2010 et 2023, en pourcentage



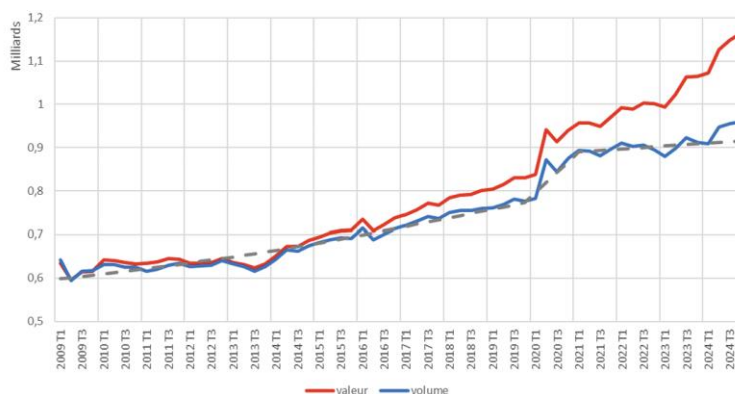
Note de lecture : entre 2019 et 2023, la hausse du taux de recours à âge donné contribue pour 2,4 points sur les 6,3 points d'augmentation de la dépense, soit 38 %. L'augmentation du nombre d'indemnités journalières à âge donné contribue pour 0,3 point sur 6,3, soit 5 %.

Champ : régime général hors travailleurs indépendants - France

Source : Cnam (SNDS)

## Augmentation du coût des IJ liés aux arrêts longue durée

Figure 41 : Dépenses trimestrielles des indemnités journalières de plus de trois mois en volume et en valeur corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, entre 2009 et 2024, en milliards



Note de lecture : la courbe rouge représente les montants dépensés par l'Assurance Maladie pour les indemnités journalières de plus de trois mois corrigées des fluctuations saisonnières (CVS - correction des variations saisonnières) et des effets de calendrier (CJO - correction des jours ouvrables). La courbe bleue représente le volume des indemnités journalières de plus de trois mois, c'est-à-dire corrigées des hausses de salaire.

Champ : régime général - France entière

Source : Cnam (système national des données de santé - SNDS)