



ASSEMBLÉE NATIONALE

17ème législature

Déremboursements CNAM et égalité dans la prise en charge et l'accès aux soins

Question écrite n° 15162

Texte de la question

M. Jérôme End appelle l'attention de Mme la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées sur les conséquences de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, qui prévoit, à compter du 1er janvier 2027, le déremboursement par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des produits de santé, actes et prestations établies par des médecins exerçant en secteur 3. Cette disposition conditionne la prise en charge non pas à la nature de l'acte prescrit ni à son indication médicale, mais au seul statut conventionnel du prescripteur. Ainsi, deux patients porteurs de la même pathologie et recevant la même ordonnance ne bénéficieront pas du même remboursement selon que leur médecin est ou non signataire d'une convention avec la CNAM. Cette différence de traitement ne repose sur aucun critère objectif lié à la qualité ou à la sécurité des soins : tous les médecins, qu'ils soient ou non conventionnés, sont soumis aux mêmes obligations déontologiques et à la même liberté de prescription garantie par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et les articles R. 4127-8 et R. 4127-53 du code de la santé publique. Elle méconnaît en cela le principe d'égalité devant la loi et les charges publiques consacré par les articles 6 et 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, ainsi que l'exigence de protection de la santé issue du Préambule de 1946. La mesure pénalise en outre les patients de l'ensemble du territoire national. Dans les zones normalement dotées, beaucoup de médecins exerçant en secteur 1 et 2 n'acceptent plus de nouveaux patients ou proposent des délais d'attente incompatibles avec les besoins de soins courants. Le médecin de secteur 3 remplit alors une fonction d'accès aux soins que le zonage ARS n'enregistre pas : plus de 54 % des médecins non conventionnés reçoivent ainsi leurs patients dans un délai inférieur à 48 heures, là où les délais d'attente en secteur 1 ou 2 atteignent couramment trois semaines. Priver ces patients du remboursement de leurs prescriptions reviendrait à les sanctionner de recourir au seul praticien effectivement disponible, indépendamment du classement administratif de leur territoire. Cette réalité est encore plus aiguë dans les zones officiellement reconnues comme sous-denses par l'ARS. Selon les données issues du fichier Ameli et des travaux du Syndicat des médecins de secteur 3, 56,7 % des 1 126 médecins non-conventionnés exercent dans des zones qualifiées par l'ARS de sous-denses et 88 % d'entre eux y exercent une activité exclusivement orientée vers les soins. Dans ces territoires, le déremboursement constituerait une double peine : absence d'alternative de proximité et prise en charge intégrale à la charge du patient, y compris pour des médicaments ou examens relevant du droit commun du remboursement. Au total, plus d'un million de patients seraient privés du remboursement de leurs prescriptions. Les renoncements aux soins et les reports vers les services d'urgences déjà saturés qui en résulteraient seraient contre-productifs tant sur le plan sanitaire que budgétaire. Il lui demande donc comment le Gouvernement entend garantir l'égalité de prise en charge de tous les assurés et la continuité de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire à partir au 1er janvier 2027, date à laquelle la mesure entrera en vigueur.

Données clés

Auteur : [M. Jérôme End](#)

Circonscription : Moselle (4^e circonscription) - Droite Républicaine

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 15162

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Santé, familles, autonomie et personnes handicapées](#)

Ministère attributaire : [Santé, familles, autonomie et personnes handicapées](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 19 mai 2026