PLFSS 2027 – POINTS CLEFS

Octobre 2026

Article 30 : une « règle d'or » du médicament, au détriment des patient.es et de l'accès aux soins

L'article 30 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale instaure un nouveau mécanisme de maîtrise des dépenses de médicaments remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Il prévoit une réévaluation périodique des traitements anciens afin de dégager des économies destinées à financer les innovations thérapeutiques.

Derrière l'objectif affiché d'adapter la prise en charge aux avancées scientifiques et d'optimiser les ressources, ce dispositif risque d'accélérer le désengagement de l'Assurance maladie à l'égard des médicaments courants, en faisant de leur remboursement une variable d'ajustement budgétaire.

La réforme repose sur deux principaux leviers :

- **La réévaluation des remboursements par la Haute Autorité de santé (HAS)** : la HAS pourra réexaminer, de sa propre initiative ou à la demande du gouvernement, le remboursement de médicaments ou de classes thérapeutiques entières. Cette évaluation ciblera prioritairement les médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé faible ou modéré, en tenant compte des alternatives thérapeutiques disponibles et de critères médico-économiques (comparer les coûts et les bénéfices)
- **L'adaptation des conditions de délivrance de certains médicaments** : sous le contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), certains médicaments actuellement soumis à prescription pourront être délivrés sans ordonnance, selon leur dosage, leur forme pharmaceutique ou leurs indications. Dès lors, ces médicaments ne seront pas remboursés par l'Assurance maladie. Toutefois, ils pourront rester remboursables lorsqu'ils sont délivrés sur prescription médicale, sous réserve de leur maintien sur la liste des médicaments remboursables.

Le dispositif prévoit également une réévaluation annuelle du SMR, notamment pour les médicaments les moins bien évalués, afin d'adapter leur niveau de remboursement à leur intérêt thérapeutique et aux alternatives disponibles.

Des économies limitées au regard des risques sanitaires et sociaux

Sur le plan budgétaire, le Gouvernement estime que ce dispositif permettra de réaliser une économie de 17 millions d'euros en 2027, puis de 34 millions d'euros par an à compter de 2028.

Pourtant, ces économies restent modestes au regard des besoins de financement de la Sécurité sociale, alors que les conséquences pour les patient.es pourraient être importantes. En effet, un SMR faible ou modéré ne signifie pas qu'un médicament est inutile ou inefficace. Cette appréciation tient compte de son intérêt thérapeutique et de sa place dans la stratégie de soins. Certains traitements contribuent au soulagement des symptômes et à l'amélioration de la qualité de vie, même lorsque leur bénéfice est jugé limité au regard des autres options thérapeutiques disponibles. C'est notamment le cas des patchs indiqués dans certaines douleurs neuropathiques périphériques chez l'adulte, qui peut apporter un soulagement aux patient.es pour lesquels les traitements habituels sont insuffisants, alors même que son SMR est modéré. Une approche principalement comptable risque donc de pénaliser des patient.es pour lesquels ces médicaments restent utiles, notamment lorsque les alternatives sont inadaptées ou mal tolérées.

Une hausse du reste à charge au risque d'accentuer les inégalités d'accès aux soins

La baisse du remboursement transfère une partie des dépenses de santé vers les ménages et les complémentaires santé, augmentant ainsi le reste à charge des assuré.es. Cette charge supplémentaire risque de conduire certain.es patient.es, notamment parmi les ménages les plus modestes, à renoncer à des traitements. Le poids des dépenses de santé restant à la charge des ménages varie fortement selon leur niveau de ressources, ce qui est susceptible d'accentuer les inégalités sociales de santé et de renforcer les disparités d'accès aux soins.

Par ailleurs, les contrats responsables ne sont pas tenus de prendre en charge le ticket modérateur applicable aux médicaments remboursés à 15 % ou à 30 %. Dans le cas où le reste à charge est couvert par une complémentaire, leur prise en charge est susceptible d'accroître la pression sur les cotisations, augmentant ainsi indirectement le coût de la couverture santé pour les assuré.es. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large de transfert progressif du financement de la protection sociale vers les complémentaires santé et les ménages, qui pourraient ainsi être amenés à supporter, directement ou indirectement, une partie des économies réalisées sur la Sécurité sociale.

Position et revendications de la CGT

En définitive, si l'article 30 du PLFSS 2027 vise à maîtriser les dépenses de santé et à adapter la prise en charge des médicaments aux évolutions des connaissances scientifiques et des pratiques thérapeutiques, les économies attendues demeurent limitées au regard des risques sociaux et financiers pour les patient.es. Les mesures envisagées pourraient accroître le reste à charge, transférer une partie des dépenses vers les ménages et les complémentaires santé.

PLFSS 2027 – POINTS CLEFS

Octobre 2026

La CGT s'oppose donc à une politique de santé qui fait primer les impératifs budgétaires sur les besoins de la population. Elle exige le maintien et le renforcement d'une prise en charge solidaire des médicaments, fondée sur les besoins thérapeutiques des patient.es et non sur des objectifs comptables. Toute évolution du remboursement ou des conditions de délivrance doit reposer sur une évaluation rigoureuse de l'intérêt thérapeutique des traitements et de leurs conséquences sanitaires, sociales et financières.

La santé doit rester un droit pour toutes et tous.