

## **Questionnaire Sénat PLFSS 2026 : rentabilité des secteurs de la santé et de la biologie**

Madame la Sénatrice, Madame la Rapporteure,

En tant que représentants de la profession, nous vous remercions de nous donner l'opportunité d'exposer la position de la Biologie Médicale Libérale face aux dispositions du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2026, notamment les Articles 24 et 25.

La biologie médicale, qui contribue à **70% des diagnostics médicaux pour moins de 1,5% des dépenses courantes de santé**, est un acteur clé de la prévention et du parcours de soins.

Notre profession est pleinement engagée dans l'objectif de maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie, ayant déjà contribué à cet effort à hauteur de **5,2 milliards d'euros** cumulés au cours des dix dernières années, exclusivement par des mécanismes conventionnels.

Toutefois, nous considérons que les articles 24 et 25, en introduisant la possibilité de mesures unilatérales et en se basant sur une lecture erronée de la rentabilité, menacent l'équilibre et la pérennité d'une filière essentielle à l'accès aux soins.

Vous trouverez ci-dessous nos réponses structurées à votre questionnaire, basées sur nos propositions concrètes (jointes à ce courrier).

### **Article 24**

1. Quel regard portez-vous sur la mise en place d'un mécanisme de correction unilatérale de baisse des tarifs, après échec des négociations conventionnelles, en cas de constatation d'une rentabilité excessive dans un secteur ?

Nous considérons ce mécanisme comme la **négation même du principe de négociation conventionnelle**.

Cette approche est antinomique avec l'esprit de dialogue et de recherche d'efficience. Elle instaure un rapport de force déséquilibré où l'une des parties – l'Assurance Maladie – peut décider unilatéralement, rendant caduque toute négociation.

De plus, ce mécanisme est fondamentalement **injuste** : par exemple, les biologistes médicaux ne maîtrisent pas les volumes d'actes. Ces volumes dépendent de la prescription médicale, elle-même tirée par le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et une augmentation massive des prescriptions hospitalières du fait du virage ambulatoire (+70,4% entre 2012 et 2023).

Faire porter la responsabilité de la dépense sur l'exécutant plutôt que de travailler sur la pertinence de la prescription est une erreur d'analyse profonde. La biologie médicale

2. Estimez-vous que les conditions dans lesquelles la situation de rentabilité excessive serait qualifiée sont pertinentes ? Permettent-elles d'assurer que cette situation pourra être correctement identifiée ? Permettent-elles d'assurer que cette situation pourra être correctement identifiée ?

Le terme même de "rentabilité excessive" appliqué à la biologie médicale est déconnecté de la réalité économique de notre secteur.

Les chiffres démontrent une tendance inverse :

1. **Baisse des revenus** : Le revenu des médecins biologistes a **chuté de 31%** entre 2010 et 2023, pendant que celui des autres professions de santé augmentait de 31%.
2. **Efforts constants** : Le secteur a déjà consenti à d'énormes efforts de maîtrise des dépenses. En 10 ans, les révisions tarifaires cumulées représentent **5,2 milliards d'euros d'économies** pour l'Assurance Maladie.
3. **Productivité** : Entre 2013 et 2024, alors que le volume d'actes (prescrits) augmentait de 42%, les tarifs moyens ont baissé de 28%.

**A noter qu'il y a une erreur flagrante dans les chiffres du rapport charge et produit annuel pour 2026, notamment dans la réalité des chiffres du graphique avec la rentabilité des différents secteurs. Les chiffres présentés sont issus des années 2018-2022, et ne sont pas ceux actuels :**

- Utiliser les chiffres d'EBE de cette période, massivement et artificiellement **gonflée par l'activité des tests PCR**, est un biais majeur. La Biologie Médicale a été un acteur central de la crise sanitaire, en suivant les injonctions ministérielles, avec de grandes difficultés pour le personnel et les biologistes médicaux. Utiliser ces chiffres comme base d'une régulation structurelle à long terme, et sans pondérer les chiffres de ce rapport avec ces éléments évidents, n'est pas transparent, ni de nature à créer les conditions d'un climat de confiance.
- Ces EBE ont été calculés avant les baisses de tous nos tarifs d'examens biologiques de routine d'environ 18,3% en 2023 et 2024, cumulés à un effet d'inflation de près de 14,96% depuis 2020 (INSEE).

Au-delà des chiffres faussés pour les raisons ci-dessus, nous contestons le principe même de l'utilisation de l'**Excédent Brut d'Exploitation (EBE)** comme indicateur pertinent et suffisant pour qualifier une "rentabilité excessive" et comparer les différents secteurs, notamment dans le secteur de la biologie médicale.

- **Investissements lourds et continus** : L'EBE ne tient pas compte des **amortissements** qui financent les **investissements matériels lourds** (chaînes analytiques, automates, équipements IT). Une EBE élevée est indispensable pour la capacité d'investissement et de renouvellement, garantissant la **qualité, la sécurité et la logistique** des laboratoires. Si l'EBE est réduit, la capacité d'investissement l'est aussi.
- **Ignorance de l'endettement et de l'impôt** : L'EBE est calculé **avant déduction des charges d'intérêts et de l'impôt sur les sociétés (IS)**. Dans un secteur très concentré, et

avec des taux d'endettement très importants, la rentabilité **nette** réelle (après service de la dette et IS) est très inférieure à ce que l'EBE brut laisse entendre. Le ciblage de l'EBE reviendrait à assécher la capacité de désendettement et d'investissement des structures.

- A noter que cet endettement, même s'il est parfois déraisonnablement élevé, a été réalisé dans une période avec des taux d'intérêts plus faibles, et avant la baisse de 18,3% des tarifs en deux ans, ce qu'aucun acteur ne pouvait prévoir.
- De nombreux laboratoires, petits, moyens et gros, sont endettés et ce, quelle que soit leur typologie capitaliste, et également chez les laboratoires dits indépendants. C'est ce qui a permis d'investir pour :
  - o Obtenir une accréditation très lourde et très couteuse : cette accréditation obligatoire, unique dans le monde par sa contrainte, représente environ 7,9% du chiffre d'affaire annuel. Cela est à comparer à l'investissement d'environ 0,5% du CA annuel pour la certification des établissements par la HAS, dans lesquels exercent pourtant des spécialités autant à risque que la biologie médicale.
  - o Obtenir une concentration accélérée grâce à des rachats et fusion, favorisée par les autorités dans les 2 dernières décennies pour réaliser des économies d'échelles et ce, malgré les appels à la vigilance des syndicats.
  - o Accélérer l'innovation (génétique, infectiologie avec la PCR, nouveaux biomarqueurs de cancers, de maladies chroniques, numérique avec alimentation de 40% des dossiers présents dans le DMP...) : cette innovation a un coût, mais elle est utile à la santé de la population, et source de gain d'efficience sur d'autres examens non biologiques, et souvent plus invasifs.

Qualifier notre secteur de "rentable" revient à ignorer ces efforts massifs et la baisse de rémunération de ses professionnels, les économies d'échelles, et les baisses drastiques subies ces dernières années.

A noter que le coût de la biologie est nettement inférieur en France par rapport à nos voisins en Allemagne : 57 euros/personne par an en France versus 82E/pers/an en Allemagne ([rapport charges et produits juillet 2022, page 208](#)). Elle est par ailleurs plus chronophage en Allemagne puisque les médecins ou infirmiers prélèvent beaucoup en cabinet, et moins performante en termes de proximité et de délai de rendu des résultats.

Le véritable enjeu n'est pas une pseudo-rentabilité basée sur des chiffres obsolètes et avec un indicateur non pertinent, mais de travailler sur la pertinence des actes, l'innovation, et les nouvelles missions des biologistes médicaux dans la prévention, le dépistage, et les nouveaux outils numériques (e-prescription, IA, ...).

3. Quelle analyse faites-vous de la disposition prévoyant que le directeur de l'Uncam fixe unilatéralement les tarifs de l'ensemble des forfaits techniques d'imagerie ? Quel impact anticipez-vous sur les activités en radiologie en ville et à l'hôpital ?

Bien que ces questions ciblent d'autres secteurs, nous y voyons un parallèle inquiétant.

L'argument d'une "décorrélation" entre les forfaits techniques et les charges est le même que celui utilisé pour justifier les baisses successives de tarifs en biologie, sans jamais tenir compte :

- Des **charges humaines** (personnel qualifié).
- Des **coûts de la qualité** (accréditation COFRAC, lourde et coûteuse).
- Des **coûts de l'innovation** et du numérique.

Appliquer des baisses unilatérales sur ces secteurs ne fera qu'aggraver les tensions sur l'accès aux soins, comme le soulignait la tribune "À force d'économies, c'est l'accès aux soins qu'on fragilise"

4. L'étude d'impact du PLFSS fait état d'une décorrélation entre les forfaits techniques et les charges associées aux équipements lourds. Estimez-vous que ces forfaits sont aujourd'hui surévalués ? Disposez-vous d'éléments chiffrés sur ce sujet ?

L'étude d'impact sur l'imagerie signale une décorrélation entre forfaits techniques et charges réelles. Dans le secteur de la Biologie Médicale, nous avons déjà largement contribué à corriger la valorisation de nos actes. Cependant, faire reposer la régulation sur une **surévaluation supposée** sans éléments chiffrés récents et transparents sur les charges réelles fragilise l'ensemble de la chaîne de valeur, même si nous n'avons aucun chiffre concernant la radiologie et la dialyse qui sont les secteurs concernés par cette question. En revanche nous pourrions limiter les dialyses et la suppléance rénale avec une stratégie de prévention et de dépistage modernes, basés sur les scores de risques (KFRE) en laissant les biologistes médicaux suivre les recommandations de la HAS 2023, ce que la CNAM ne permet en pratique pas à l'heure actuelle.

5. Quelles conséquences anticipez-vous de la régulation des tarifs des actes de dialyse et de l'alignement des tarifs de radiothérapie entre l'hôpital et la ville, fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2027 ainsi que des étapes de convergence prévues à compter de 2026 ?

La biologie médicale est hors champ de cette question mais l'**alignement des tarifs Hôpital/Ville** et la régulation de la dialyse (secteurs de soins à visée chronique ou lourde) visent la convergence. Cependant, si cette convergence est réalisée par une baisse unilatérale des tarifs de ville, la conséquence sera une **diminution de l'offre de soins** et une potentielle **perte de chance** pour le patient qui bénéficie de la souplesse et de l'accessibilité des structures de ville. La Biologie Médicale, maillon essentiel du suivi des maladies chroniques, subirait les mêmes pressions.

#### **Article 25 – Accord de maîtrise des dépenses**

6. Présenter le bilan des premières négociations conventionnelles en vue de la signature d'accord de maîtrise des dépenses pour les secteurs couverts par l'article 41 de la LFSS 2025. Présenter, le cas échéant, les raisons de l'échec des négociations conventionnelles.

Les premières négociations, bien que complexes, ont confirmé l'importance du dialogue pour trouver des solutions. L'échec des négociations pour l'année en cours (2025) reflète la difficulté à trouver un équilibre entre l'effort considérable demandé au secteur post-Covid, des chiffres estimatifs erronés sur les volumes attendus, et le besoin d'assurer une économie saine et durable pour se projeter. Le dialogue doit cependant être poursuivi, car la **relation conventionnelle** est le seul cadre permettant de partager des objectifs communs, et de suivre ensemble l'évolution d'une direction politique sur plusieurs années, ainsi qu'un travail efficace sur la pertinence des actes et l'innovation.

7. Estimez-vous nécessaire d'étendre ces accords de maîtrises des dépenses à d'autres secteurs ?

Plutôt que des baisses tarifaires unilatérales basées sur un EBE biaisé, nous proposons des leviers structurels axés sur la **pertinence des actes (effet volume)**, et sur des indicateurs de réussite de nouvelles missions confiées aux biologistes médicaux (nombre de vaccination, nombre de dépistage de maladies rénales chroniques avec score de risque rénal, pourcentage de participation aux campagnes de dépistages de cancers du col de l'utérus ou colorectal,...) là où notre expertise est la plus pertinente.

Les accords prix volumes ne sont plus adéquats, d'autant que les estimations sur les volumes sont biaisées (exemple estimation à 2,5% contre 6,5% en réalité en 2023, avec en partie un transfert d'actes de l'hôpital vers la ville) et de multiples facteurs peuvent intervenir :

- Absence de maîtrise de la prescription : augmentation de la population, vieillissement, nouveaux médicaments avec nouveaux biomarqueurs de suivi, EBMD, prescription pléthorique par des logiciels ou certaines utilisation (Doctolib, téléconsultations,...)
- Absence de décision de la profession sur certaines décisions ministérielles pour les stratégies de dépistage : élargissement du dépistage du CMV à toutes les femmes enceintes, potentielles bilans biologiques de prévention liés à l'âge...
- Absence de méthodologie robuste de suivi des dépenses en biologie, notamment à l'hôpital, avec parfois transfert d'une enveloppe à d'autres, etc.

8. Présenter, pour vos secteurs respectifs, les mesures mises en œuvre pour assurer la maîtrise des dépenses de l'Assurance maladie (effet prix) et la pertinence des actes (effet volume).

Notre profession est engagée à agir sur la **pertinence des prescriptions**, car les biologistes ne sont pas maîtres de leurs volumes d'activité. Les mesures visent des **règles simples, opposables et facilement contrôlables**.

- **Régulation par la Nomenclature et Toilettage**

Nous proposons un travail structurel sur la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) :

- **Suppression d'actes désuets et limitation d'indications** : Nous ciblons des actes à forte volumétrie et/ou dont la pertinence est obsolète pour dégager des économies à court terme.
  - o **Exemples d'actes à revoir** : La Vitesse de Sédimentation (VS), la recherche de glycosurie, les examens de type **EPP+IT** (Électrophorèse des Protéines Sériques + Immunofixation des Transferrines) systématiques, le dosage systématique des fructosamines.
  - o **Exemples d'économies potentielles** : L'utilisation adéquate du sédiment urinaire par rapport à l'**ECBU** (estimé à 125 M€ en 2023) ou limiter la redondance des **Groupes Sanguins** réalisés grâce à une banque de données nationale, déjà demandé par la profession (estimé à 47 M€ en 2023) et de la **Vitamine D** (estimé à 42 M€ en 2023) en précisant comme pour la T4 ou T3 qu'à défaut d'indication mentionnée sur l'ordonnance elle n'est pas remboursée.
- **Encadrement des prescriptions** : Limitation des indications ou des prescripteurs. Par exemple, creuser l'usage adéquat de l'**HbA1c** (selon le profil de patient ou prescripteur) ou revoir les dosages d'**Hépatite B** chez les patients vaccinés.

## 2. Valorisation de l'Expertise Biologique (Partage des Économies)

Si le biologiste médical prend la **responsabilité** de supprimer un acte ou de limiter une prescription sur la base des recommandations (HAS, sociétés savantes), il engage sa responsabilité.

- **Proposition** : Instaurer un principe de **partage des économies** réalisées et de **valorisation de cette expertise** et de la responsabilité prise par une cotation lors de la suppression d'un acte par le biologiste médical.

## 3. Outils Numériques et Aide à la Prescription

L'efficacité passe par l'intégration de la pertinence dans le flux de travail du médecin (le **e-prescription**):

- **Aide à la Prescription Syndromique/Pathologique** : Travailler avec les éditeurs de logiciels pour proposer des "**paniers**" d'**examens pertinents** prédéfinis (ex: bilan d'anémie, de thrombophilie, de douleurs abdominales) basés sur les symptômes ou la pathologie et un guide dématérialisé (sur le modèle d'Antibioclic).

- **Alertes Logiciels** : Mise en place d'alertes *pop-up* dans les logiciels médecins en cas de prescription manifestement non pertinente (ex: profil lipidique (EAL) prescrit trop souvent dans l'année, ou une incompatibilité de prescription, ou un panier trop large en téléconsultation, notamment pour les IST).
- **Limitation des prescriptions automatiques** : Sensibiliser le corps médical et la direction des établissements de santé (ETS) pour **limiter les prescriptions automatiques** qui sont sources de surconsommation d'actes.

#### 4. Rôle Élargi du Biographe Médical (Délivrance Sans Ordonnance)

Le biologiste peut et doit être un acteur direct de la prévention et du diagnostic précoce :

- **Délivrance sans ordonnance (Amendement n°5)** : Proposer de permettre au biologiste médical de **rédiger la prescription** pour certains examens médicaux ciblés, comme le dépistage des **angines** et des **cystites** (TDR/ECBU). Ceci permet un gain en temps médical pour le prescripteur et un accès rapide au diagnostic en limitant les ECBU inutiles, avec des examens plus précis qu'une bandelette urinaire, et en améliorant la lutte contre l'antibiorésistance.
- **Base de Données Nationale et Prévention** : Créer une **Base de Données Nationale** (avec les garanties de confidentialité, sans accès aux résultats) pour savoir quand une personne est en retard pour un dépistage recommandé (CCR, CCU, MRC, HbA1c, albuminurie...) et lui proposer les examens ciblés (bilan de prévention aux différents âges de la vie) **sans ordonnance, pour dépister au plus tôt et limiter les complications et les surcoûts**.

#### 5. Coordination Ville-Hôpital

- **Intégration Numérique des Résultats** : Assurer l'**intégration directe et sécurisée** des résultats d'analyses (via INS) dans le Dossier Patient Informatique (DPI) pour éviter la redondance des analyses et le temps administratif et médical de vérification et de classement des supports papier. L'intégration des systèmes d'une poignée d'éditeurs de SIL couvrirait déjà plus de 95% des situations.

Les Biologistes Médicaux sont des experts du diagnostic et de l'infectiologie. Nous demandons que l'on s'appuie sur cette expertise par la voie conventionnelle pour réaliser de réelles économies de **pertinence**, plutôt que de fragiliser notre filière par des baisses tarifaires unilatérales basées sur des indicateurs incomplets.

#### **Autres**

9. Signaler tout point d'attention que vous souhaitez porter à la connaissance de la rapporteure.

Le point d'attention principal à porter à la connaissance de la rapporteure est :

**La pérennité de l'accès aux soins de proximité.**

Les tentatives d'économies basées sur une lecture partielle de la rentabilité (EBE 2018-2022) et l'unilatéralisme **fragilisent directement le maillage territorial** de la Biologie Médicale. La Biologie Médicale de ville est un service public essentiel, accessible à 99 % de la population à moins de 20 kilomètres (cf. rapport Berger 2024).

De plus, pour lutter contre les déserts médicaux, le laboratoire de proximité est indispensable dans les territoires car cela améliore l'attractivité et est plébiscité en pour l'installation de jeunes médecins généralistes (premier service d'importance, à 94,6% cf. étude ISNAR IMG).

Détruire sa capacité d'investissement pour des économies à court terme est un **pari dangereux sur la qualité et la sécurité des diagnostics** de demain. Et les conséquences des deux dernières baisses de tarifs se voient, avec de nombreux laboratoires qui sont désormais fermés les après midi, et un nombre important de personnel déjà licencié.

En conclusion, nous demandons au Sénat de **favoriser le dialogue conventionnel** pour la Biologie Médicale. Seul un accord, intégrant une vision économique tenant compte de l'investissement (amortissements) et de l'endettement, et qui permet aux biologistes de devenir des **acteurs de la pertinence des prescriptions**, assurera un système de santé durable, performant et accessible aux patients.