



DÉCLARATION

PLFSS 2025

Conseil CNAM 17 octobre 2024





Déclaration France Assos Santé

PLFSS 2025

Conseil CNAM 17 octobre 2024

Le PLFSS 2025 nous est présenté dans une période d'instabilité politique majeure qui a mené à la rédaction d'un texte extrêmement serré, qui se limite en grande partie à des restrictions financières, au regard de l'importance du déficit de la Sécurité Sociale, qui ne cesse de s'écarter des prévisions.

Cette année encore le Haut Conseil des Finances Publiques alerte sur les prévisions optimistes et fragiles du Gouvernement, avec un ONDAM de + 2,8% qui ne pourra pas absorber les besoins de financements

Alors qu'un grand nombre d'usagers rencontrent des **difficultés majeures d'accès aux soins** avec **des renoncements** du fait de l'absence de médecin disponible à proximité, ou des **dépassements d'honoraires** qui se multiplient, France Assos Santé ne peut que s'alarmer du texte qui nous est présenté dans lequel **aucune mesure pour faire face à ces enjeux n'est présente**. Au-delà de la question du sous-financement chronique de la Sécurité Sociale, la hausse des restes à charge prévue, avec **la baisse du remboursement des consultations médicales et de sages-femmes et les hausses de franchises à venir, ou encore la baisse de l'indemnisation des arrêts de travail**, viennent s'ajouter à celles prises en 2023 et 2024, et **entraver encore un peu plus l'accès aux soins**. La majeure partie des économies se feront donc au détriment des usagers, avec un choix assumé du gouvernement, sans aucune mesure favorable. **Nous nous opposons fermement à ces dispositions** qui relèveront de la voie réglementaire, et proposons au contraire d'alléger le poids des restes à charge en encadrant les dépassements d'honoraires. Par ailleurs, les transferts de charge aux complémentaires vont fatalement impacter les montants des cotisations, notamment pour les personnes exclues des contrats collectifs (indépendants, agriculteurs, travailleurs précaires, chômage, personnes malades ou en situation de handicap, retraités), dont les personnes âgées qui paient le plus du fait de l'âge. Nous proposons une solution plus juste avec l'augmentation du plafond à hauteur du SMIC brut et la modulation des cotisations en fonction des revenus, et non de l'âge, de la complémentaire santé solidaire, dont le plafond se situe aujourd'hui sous le seuil de pauvreté.

Le gouvernement fait aussi le choix, encore cette année, **d'ignorer les mesures structurelles nécessaires, notamment en matière de prévention contre les produits néfastes pour la santé (alcool, sucre, produits ultra transformés, trop gras, etc.)** qui non seulement apporterait des recettes immédiates à l'Assurance maladie, mais qui sont également selon l'OMS les mesures les plus efficaces pour lutter contre les cancers et les maladies cardiovasculaires, avec à terme des économies substantielles.

Concernant l'article 16, qui est présenté comme LA mesure « Pertinence », celui-ci ne permet en aucun cas d'améliorer le respect des recommandations, et de lutter contre le mésusage, ou les actes inutiles. Il enlève au contraire toute responsabilité au professionnel de santé, puisqu'en cas d'absence du formulaire la seule conséquence sera la suppression du remboursement pour l'assuré, alors que le professionnel pourra continuer librement à prescrire en dehors des recommandations. La question des risques potentiels liés au mésusage n'est pas du tout appréhendée, le seul objectif étant la diminution des dépenses. Il est inacceptable que le patient soit sanctionné en cas de défaut du professionnel de santé.

France Assos Santé est favorable aux mesures de pertinence, qui vont dans le sens de la qualité et de la sécurité des soins. Les prescripteurs sont responsables de leurs prescriptions et sont à cet égard les principaux artisans des effets négatifs pour les personnes malades, des dépenses inutiles et des conséquences écologiques qui en découlent.

Nous nous opposons à l'article 20 relatif au conditionnement du remboursement des dispositifs numériques à l'usage. L'observance des traitements par les patients est un défi de santé publique avant d'être un défi économique. Des économies, nous devons en faire, mais nous devons collectivement réfléchir à la sur-prescription, au mésusage et aux raisons de la non-observance plutôt que de courir le risque de ne pas accompagner les personnes malades, notamment les plus vulnérables.

Concernant les pénuries de médicaments, le texte apporte des mesures complémentaires de gestion des pénuries et de mesures d'épargne de médicaments qui ancrent une certaine fatalité : un système de santé forcé à s'adapter pour gérer les pénuries et fonctionner en mode dégradé, à défaut de répondre par des mesures plus fermes de régulation du secteur pharmaceutique.

Nous regrettons le manque d'avancée significative pour prévenir les pénuries et leurs conséquences pour les personnes malades et pour la santé publique. **Nous rappelons la demande de notre union de stocks planchers de 4 mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutiques majeurs pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme.** Cette disposition permettrait de nous donner un temps de réponse plus adaptée et de limiter les pertes de chances, les interruptions de traitements et les effets indésirables, parfois graves, causés par des changements de traitements en urgence.

Pour ces raisons, **France Assos Santé vote Contre ce projet de loi.**

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)