

## Questionnaire Chefs de file Mission IJ & arrêts maladie

Au cours de notre cycle de réunions dédiées aux indemnités journalières (IJ) et aux arrêts maladie, sujet majeur pour la soutenabilité de notre système de protection sociale dans un contexte de déficits inédits de la branche Maladie, nous avons pu identifier différentes thématiques en lien avec cette problématique (santé mentale, monde du travail, lutte contre la fraude, responsabilisation des parties prenantes, ou encore la législation).

Pour chaque thème, nous avons listé une série de questions sur lesquelles nous vous invitons à vous positionner.

### Contribution de France Assos Santé

#### Propos liminaires

France Assos Santé soutient que la lutte contre la hausse des dépenses liées aux arrêts de travail doit trouver son sens en tant que politique de Santé Publique, et non en tant que politique purement économique, d'autant que la majeure partie de la dépense est liée à des causes structurelles, et concerne les arrêts de longue durée. L'enjeu principal se situe dans la lutte contre les maladies chroniques d'une manière générale et dans un réel accompagnement des travailleurs en renforçant les mesures de prévention, l'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail et l'adaptation de la législation et réglementation qui peuvent être source de désinsertion professionnelle. Nous prôtons l'instauration d'un « parcours de santé en emploi » avec un référent parcours indépendant de l'employeur et rattaché au service de santé au travail qui doit être renforcé.

#### Santé mentale

L'étude de l'IRDES démontre le fort impact des dépressions sévères récurrentes sur les arrêts maladie de longue durée sachant que les arrêts de travail de plus de deux mois représentent 70% du nombre total de jours d'arrêts annuels, et 70% de la dépense d'IJ SS. Cette étude met également en lumière le lien entre IJ, indemnités chômage et pensions d'invalidité. Ces éléments confirment la relation qui existe entre la santé mentale des assurés et le volume total des IJ.

Questions :

- Quels leviers faudrait-il, selon vous, activer afin de mieux prendre en compte l'impact de la santé mentale sur les arrêts maladie ?
- Selon vous, le dispositif « Mon soutien Psy » doit-il être maintenu et/ou amélioré ? Si oui, quelles pistes d'amélioration identifiez-vous ?
- Au-delà des arrêts maladie, quelles pistes alternatives pourraient selon vous être explorées dans le domaine de la santé mentale ?
- Quel type de mesures suggérez-vous pour mieux cibler les populations « à risque » (femmes, jeunes, etc.) ?

Il nous paraît en premier lieu nécessaire d'appréhender la question de la Santé mentale par le prisme de la prévention et de la prise en charge, en tant qu'enjeu de santé publique majeur qui dépasse le cadre des arrêts de travail, lié à de nombreux facteurs : accroissement des inégalités sociales, pressions sociales, crises sociales, politiques, écologique, sanitaires, et difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Il y a donc en priorité une nécessité de prévention et d'accompagnement

Nous reprenons et nous associons sur ce point aux propos de la FNATH dans le cadre de la contribution sur l'organisation des soins ville-hôpital :

*« Une politique de développement des infirmiers de pratique avancée (IPA) PSY semble également pertinente. Selon des données fournies par le Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI), les IPA PSY seraient au nombre de 548... pour l'ensemble du TNF... »*

*Une attention particulière pourrait également être portée à la téléconsultation dans ce domaine y compris au moyen d'une politique dédiée au développement de la TLC pour ces IPA et, mieux encore, au sein des CMP/CMPP, ou encore augmenter encore le seuil des 40% pour les psychiatres.*

*Dans le cadre de l'article 46 de la LFSS pour 2024, il s'agirait de pérenniser l'article 51 relatif au projet SÉSAME (Soins d'Équipe en Santé Mentale). Il est certain qu'un renforcement conséquent au titre du prochain ONDAM des moyens des CMP et les CMPP mais également des équipes mobiles psychiatrie et addictologie (et de la psychiatrie en générale) reste une demande forte des associations reprises par les nombreux rapports publics des dernières années. (...) il faudrait penser à travailler des actions que pourraient inspirer, sous réserve de l'instruction par les services de la caisse, les idées suivantes en ce qu'elles viennent répondre aux besoins pour toute personne entrant dans un parcours de soins psychiatriques :*

*- Un parcours type PRADO retour d'hospitalisation PSY (y compris après un passage aux urgences et/ou en SMR PSY) ?*

*- Un programme national santé mentale d'aller vers interbranche (branche maladie / branche famille / branche autonomie) ?*

*- Un parcours individualisé de santé mentale dès l'annonce du diagnostic ou la première hospitalisation, dans le cadre de la GDR »*

Par ailleurs, il conviendrait de :

- Faciliter l'accès aux psychiatres libéraux, dont les dépassements d'honoraires sont nombreux et découragent le recours des personnes les plus vulnérables.
- Créer des tiers-lieux intermédiaires entre le domicile et l'hôpital
- Développer la pair-aidance

Le dispositif Mon soutien psy est une avancée majeure en matière de prise en charge de séances de psychologie en ville, celui-ci est à développer car encore difficilement accessible à de nombreuses personnes : disparités territoriales, délai d'accès trop longs, absence de données sur le suivi des patients, etc. Une évaluation du dispositif à l'issue des dernières dispositions apportées (augmentation du tarif de 30 à 50€, suppression de l'adressage obligatoire par le médecin, augmentation du nombre de séances, etc.) est à mener de manière fine. Il nous apparaît nécessaire d'ouvrir le panel de thérapies proposées, thérapies familiales ou conjugales, thérapies comportementales plus larges, approches spécifiques sur les addictions, etc.

La prévention étant le maître mot, il est nécessaire d'agir dès l'enfance et l'adolescence dans le repérage des difficultés susceptibles d'affecter la santé mentale, pour cela il est impératif de renforcer la médecine scolaire et universitaire avec :

- Des actions collectives de prévention au sein des établissements scolaires avec des focus sur les difficultés intra-familiales, le harcèlement, les conduites à risques dans les différents domaines, etc.
- Des actions individuelles de repérage de ces difficultés pour une orientation précoce vers un accompagnement adapté

Des modules de formations accrus dans le domaine de la détection des troubles de la santé mentale devraient être systématisés dans l'ensemble des professions de santé et du médico-social, pour le repérage précoce des troubles psychiques permettant l'orientation vers un parcours de prise en charge ciblée.

Ces éléments pourraient ainsi concourir à l'amélioration de la prise en charge et de la santé mentale, et permettre une meilleure insertion dans la vie professionnelle future.

## **Monde du travail**

Les liens entre le monde du travail et les indemnités journalières sont avérés. Les études démontrent ainsi que l'absentéisme de courte durée (moins de 3 jours) s'explique souvent par des réactions des assurés à des « ambiances de travail dégradées » au sein des entreprises. Lorsque celles-ci ont mis en place des campagnes de prévention de l'absentéisme une diminution de cet absentéisme est observée.

### Questions :

- Comment mieux appréhender la relation entre monde du travail, santé mentale et arrêts maladie ?

- Serait-il pertinent, selon vous, d'étendre le dispositif « Mon soutien psy » au monde de l'entreprise ?
- Quels pourraient être, selon vous, les leviers à activer afin de sensibiliser, lorsqu'ils ne le sont pas encore, les employeurs aux arrêts de travail et à leur prévention ? Parmi ces leviers, l'organisation, par l'Assurance Maladie, de réunions d'informations destinées aux RH et aux managers vous semble-t-elle être une piste pertinente ?
- Le dispositif des essais encadrés permettant de favoriser le retour en emploi des assurés doit-il être développé ? Comment pourrait-il éventuellement être amélioré ?
- Outre ce dispositif, comment, à votre sens, mieux préparer le retour dans l'entreprise d'un salarié après un arrêt maladie long ?

Le monde du travail est également lui-même un générateur de troubles de la santé mentale, burn-out, stress, harcèlement, injonctions contradictoires, conditions de travail dégradées, management inadapté, ou encore insuffisance de mesures de prévention et d'appréhension des risques psychosociaux, sont autant de problématiques qu'il convient de prendre à bras le corps.

Si le dispositif Mon soutien psy apporte une réelle avancée en matière de prise en charge de séances de psychologie en ville, celui-ci **n'est pas adapté dans son cadre actuel au monde de l'entreprise et sa mise en œuvre serait délicate**. Nous préconisons plutôt un réinvestissement des services de prévention et santé au travail (SPST) dans leur rôle de prévention et de sécurité au travail, avec des psychologues, totalement indépendants vis-à-vis de l'employeur, qui pourraient être sollicités directement par le travailleur ou le médecin du travail avec son accord. Nous soutenons également l'instauration d'un véritable référent du parcours de santé en emploi au sein des SPST.

Des formations de prévention sur les risques psychosociaux au sein des entreprises devraient être obligatoires et des formations complémentaires pourraient être imposées, à leurs frais, aux employeurs et managers qui présentent des volumes trop importants en matière d'arrêts de travail, de turn-over, d'alertes.

Concernant les essais encadrés il s'agit d'un dispositif encore trop peu connu, par les salariés et les employeurs, qui nécessiterait une refonte dans ses modalités et sa durée bien trop courte (14 jours). Il s'agit donc de repenser ce dispositif avec l'ensemble des partenaires.

Le temps partiel thérapeutique peut être une option intéressante permettant de garder le lien avec l'emploi et permettant ainsi de faciliter son maintien et le retour au temps de travail initial, dès lors qu'un accompagnement par le SPST est mis en œuvre. Ce dispositif est portant mal exploité aujourd'hui. Si des dispositions favorables ont été prises, notamment avec la suppression de l'exigence d'un arrêt de travail avant le temps partiel, il reste néanmoins des difficultés :

- La durée maximale du temps partiel thérapeutique, en principe 1 an au-delà de la période de droits II, varie en réalité beaucoup en fonction des Médecins conseils qui limitent parfois à 6 mois ou 1 an systématiquement, sans aucune individualisation de la situation
- Il n'est pas opposable à l'employeur, contrairement à l'arrêt maladie.

Afin de favoriser le recours à ce dispositif nous proposons que la durée du temps partiel thérapeutique ne puisse pas être réduite, si la période de droit n'est pas terminée et que la situation médicale de l'assuré le justifie toujours. Par ailleurs, nous demandons que le temps partiel thérapeutique, considéré comme un arrêt de travail par l'Assurance maladie, soit opposable à l'employeur au même titre que l'arrêt de travail maladie. Enfin nous préconisons un accompagnement systématique des travailleurs placés en temps partiel thérapeutique par le SPST.

Concernant le retour au travail des salariés en arrêt de longue durée, il est nécessaire que celui-ci soit préparé, en proposant des rendez-vous en amont avec le SPST, à l'initiative du salarié ou du SPST exclusivement. Un lien peut également être fait avec l'employeur, le manager, à la demande du salarié. Des aménagements éventuels sont à privilégier, et les employeurs et managers doivent être formés aux enjeux de la reprise du travail après une longue absence.

### **Lutte contre la fraude**

La lutte contre la fraude, et plus particulièrement la lutte contre la fraude aux IJ et arrêts maladie, est un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie. Dans ce cadre, des contrôles sont effectués par les CPAM, et ce d'autant plus que des phénomènes nouveaux émergent avec, par exemple, la vente de faux arrêts maladie sur les réseaux sociaux ou encore l'usurpation de l'identité de professionnels de santé.

#### Questions :

- Faut-il mieux encadrer la délivrance d'un arrêt maladie en téléconsultation afin d'éviter les abus ? Si oui, comment ?
- La généralisation du recours à la télétransmission des avis d'arrêts de travail par les professionnels de santé, dont les professionnels de santé hospitaliers, vous semble-t-elle une bonne mesure pour sécuriser le processus ?
- Des actions de formation/sensibilisation de l'Assurance Maladie devraient-elles être proposées aux professionnels de santé afin de les sensibiliser aux risques de fraude (usurpation d'identité, vol de formulaires, etc.) et à leurs conséquences (dépenses en hausse, etc.) ?
- Les contrôles des assurés en arrêt maladie sont-ils suffisants et menés à bon escient ? Quelles pistes d'évolution envisageriez-vous ?

France Assos Santé condamne les pratiques commerciales de certaines plateformes de téléconsultations ciblant notamment la délivrance d'arrêts de travail, telles que « arrêtsmaladie.fr » dont la communication véhicule l'image fautive d'usagers irresponsables cherchant par tous moyens à obtenir des arrêts maladie. Or, le rapport de Jean-Luc Berard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller de janvier 2019, indiquait que les arrêts de courte durée s'avèrent quasiment toujours justifiés au moment des contrôles et que les abus ne représentent qu'une très faible proportion.

La téléconsultation permet néanmoins de faciliter le recours aux soins, notamment dans un contexte de difficulté croissante d'accès aux soins, où de nombreuses personnes n'ont plus de médecin traitant, ni un accès à des rendez-vous dans des délais raisonnables. Nous sommes donc opposés à d'autres restrictions de prescription d'arrêts de travail, s'il n'y a pas d'orientation garantie dans un délai court d'accès à une consultation physique. Dans le contexte actuel où des travaux sont menés pour freiner l'accès aux urgences, où les permanences de gardes ne sont plus obligatoires et où les déserts médicaux progressent, il n'est pas acceptable de restreindre cette possibilité aux usagers n'ayant aucune autre solution. Nous sommes en revanche tout à fait favorables à l'encadrement des plateformes qui doivent répondre à des exigences de qualité de prise en charge, et au contrôle des pratiques frauduleuses qui doivent être combattues.

Nous sommes favorables à l'obligation de la télétransmission des arrêts de travail, qui sécurise et facilite le processus pour l'ensemble des parties, assuré, professionnel de santé et Assurance maladie. Il s'agit d'un dispositif gagnant-gagnant pour tous qu'il est impératif de généraliser à l'ensemble des prescripteurs

Concernant les contrôles des assurés, ceux-ci doivent être faits à bon escient, avec des critères transparents, notamment concernant les algorithmes utilisés. L'angle de l'accompagnement, comme évoqué au chapitre précédent, nous paraît plus approprié concernant les arrêts de longue durée, qui sont ceux qui ont un réel impact sur les dépenses d'IJ. Nous demandons en revanche la suppression de l'article L315-1 qui permet la suspension des IJ après l'unique contrôle de l'employeur. Le contrôle des arrêts maladie indemnisés par l'Assurance maladie doit rester l'apanage de l'Assurance maladie, avec des garanties de débat et de recours. Sans ignorer l'existence d'arrêts de travail injustifiés, aucune analyse ne permet aujourd'hui de conclure à un impact significatif de ces derniers sur les dépenses d'IJ.

## **Responsabilisation des parties prenantes**

Dans un contexte de déficits inédits de la branche maladie, la maîtrise du poste IJ est indispensable. Au-delà des effets de la crise sanitaire, les IJ Maladie connaissent en effet une forte hausse pour atteindre, en 2023, 10,2 milliards d'euros contre 8,8 milliards d'euros en 2019 sachant que l'effet prix explique une part très conséquente de cette progression. Ceci implique donc de responsabiliser les différentes parties prenantes, qu'il s'agisse des assurés, des entreprises ou encore des professionnels de santé.

### Questions :

- Faut-il mieux outiller les professionnels de santé pour leur permettre de faire face aux demandes non justifiées des assurés ? Si oui, comment ?
- D'après-vous, quelles actions pourraient être mises en œuvre afin de sensibiliser les différentes parties prenantes (assurés, employeurs et professionnels de santé) à la fraude aux arrêts maladie ?

- Seriez-vous favorables à la mise en œuvre d'incitations financières au profit des employeurs pour qu'ils mettent en œuvre des actions de prévention ? Si oui, sous quelles formes (crédit d'impôts, etc.).

Les questions posées nous semblent très problématiques en posant d'emblée comme principe que les assurés feraient des demandes non justifiées. Si de telles situations existent sans doute, il nous paraît dangereux d'en faire une généralité, alors même qu'aucune analyse ne permet de le démontrer. Si des pratiques condamnables existent, elles sont en premier lieu l'apanage d'individus désireux de tirer des profits financiers (telles que les plateformes citées plus hauts, des revendeurs de faux arrêts de travail, etc). Concernant la relation entre le professionnel de santé et son patient, nous rappelons que la responsabilité de la prescription revient au prescripteur, qui pose un acte médical. Nous considérons que le professionnel de santé doit être au fait des recommandations de bonnes pratiques actualisées et pouvoir bénéficier d'outils lui permettant de faciliter sa décision médicale tout en respectant l'échange avec le patient. Il manque aussi cruellement de lien avec le médecin du travail, le médecin traitant ayant peu de visibilité sur l'environnement de travail de son patient, il y aurait donc, si le patient est d'accord un enjeu autour de ce lien.

Pour France Assos Santé, les actions de prévention devraient être obligatoires et mises en œuvre entre le SPST et l'employeur. Comme indiqué plus haut, si des entreprises présentent des indicateurs défavorables, en termes d'arrêts de travail, d'alertes, des formations obligatoires, à leurs frais, devraient être imposées.

## Processus IJ & législation

La perception des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie est conditionnée à l'article L.323-6 du code de la santé publique. Ce dernier liste les obligations auxquelles sont tenus les bénéficiaires et rappelle la nécessité du respect des horaires de sorties autorisées par le praticien. Il précise également que le bénéficiaire doit s'abstenir de toute activité non autorisée, sans définir cette notion d'activité « non autorisée ». La réglementation peut également poser des difficultés à certains aidants qui renoncent à travailler ou aux personnes qui font le choix d'une activité professionnelle à temps partiel. Or cette activité, lorsque sa durée hebdomadaire est inférieure à 16 heures, ne donne pas droit aux IJ et à l'invalidité. L'inadaptation de la réglementation à certaines situations apparaît donc comme un véritable sujet.

### Questions :

- Faut-il selon vous, faire évoluer la législation encadrant le bénéfice des IJ ? Si oui, quelles pistes souhaitez-vous proposer ?
- L'étude de l'IRDES démontre que les assurés ont tendance à épuiser leurs droits aux indemnités journalières avant d'entrer en invalidité, impactant du coup le volume des IJ. Ce constat doit-il nous amener à revoir la règle prévoyant d'octroyer 3 ans d'IJ avant de prévoir un passage en invalidité ?
- Les statistiques démontrent qu'un assuré en arrêt depuis 6 mois a une probabilité de retrouver un travail divisée par deux. Pour autant, l'obligation faite au service médical de contrôler l'AT

intervient à 6 mois et plus. Ce constat doit-il amener le législateur à prévoir une intervention du service médical plus tôt ?

- Si oui, à partir de quel moment considérez-vous que le service médical devrait intervenir ?

Les associations alertent depuis de nombreuses années sur l'inadaptation de la législation et de la réglementation encadrant les IJ qui ne favorisent pas toujours le maintien en emploi. :

- **L'absence d'activité pendant les arrêts de travail** : La notion d'activité autorisée ou non autorisée lors des arrêts de travail n'est pas juridiquement définie, il peut donc s'agir d'activités de loisirs, bénévoles, sportives, politiques ou sociales, voire familiales. Dans un arrêt du 15 juin 2017, sur la base des dispositions prévues à l'article L323-6 du Code de la Sécurité sociale, la Cour de cassation a précisé qu'un salarié bénéficiant d'un arrêt de travail pour une maladie ou un accident ne peut exercer aucune activité qui ne soit pas expressément autorisée par le médecin traitant. Ainsi, dans la situation qui lui était soumise la Cour a validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail car celui-ci s'était rendu à quelques réunions de conseil municipal et d'associations pendant la période d'arrêt, au sein des horaires de sorties autorisées.

Ce principe selon lequel tout ce qui n'est pas expressément autorisé par le médecin dans sa prescription médicale de repos est interdit nous semble une position difficilement soutenable et bien trop radicale pour trois raisons :

1/ La notion d'activité n'est pas juridiquement circonscrite. Ainsi, faire ses courses ou aller chercher ses enfants à l'école pourrait tout aussi bien être considéré comme une activité non autorisée.

2/ dans les faits, de nombreux médecins encouragent, des personnes à avoir des activités pendant leur arrêt de travail, notamment quand il s'agit d'arrêts liés à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique, pour lesquelles une activité en dehors de l'activité professionnelle peut s'avérer bénéfique à l'amélioration de l'état de santé et susceptible d'accélérer la reprise d'activité professionnelle.

Dans la mesure où des activités autres qu'une activité professionnelle peuvent concourir au bien-être physique, psychique et mental, voire au rétablissement plus rapide, de l'assuré, il apparaît que sanctionner des personnes au motif qu'elles ont une activité non professionnelle pendant un arrêt de travail, est de nature à porter préjudice à leur maintien dans l'emploi et leur insertion professionnelle, ainsi qu'à sanctionner un comportement nullement frauduleux, la bonne foi de l'assuré n'étant pas à remettre en cause ici.

Il en est différemment de l'assuré qui exerce une activité rémunérée pendant son arrêt de travail. Celui-ci procède ainsi à une fraude à l'assurance maladie sanctionnable.

3/ Nombre de bénévoles et représentants des usagers membres d'associations de personnes malades sont encore en activité professionnelle. Leur interdire le maintien de leur

engagement associatif pendant ces périodes d'arrêt de travail revient à mettre en péril les associations et leur travail de protection et de défense des usagers.

**Nos propositions :**

**Modification des articles L323-6 et L324-1 du code de la Sécurité Sociale**

**Dispositif**

**ARTICLE L323-6 du Code de la Sécurité sociale**

Il est proposé de remplacer le 4° de l'article L 323-6 par :

« 4°. De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération »

Il est proposé de remplacer le dernier alinéa de l'article L323-6 par la phrase suivante :

« En cas de non-respect du 4°, il peut être prononcé une sanction financière prévues à l'article L.114-17-. »

**ARTICLE L324-1 du Code de la Sécurité sociale**

Il est proposé de remplacer le 3° de l'article L 324-1 par :

« 3° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération »

Une alternative proposée par la Ligue Contre le Cancer pourrait consister à minima à inscrire que les activités bénévoles et l'Activité physique adaptée ne soit pas concernées par l'interdiction.

- **Il temps partiel** : Aujourd'hui des personnes travaillant moins de 16h par semaine sont privées d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou de droit à une pension d'invalidité, faute d'avoir cotisé suffisamment. Or, il s'agit en grande partie de travailleurs précaires ou atteints de maladie ou en situation de handicap, qui font l'effort d'avoir une activité professionnelle. L'exigence d'un volume d'activité sur une période courte entraîne une impossibilité pour certaines personnes de bénéficier de droits. Des personnes renoncent donc à leur activité professionnelle du fait de ces dispositions, notamment si elles cumulent d'autres prestations, comme l'AAH, qui n'est recalculée que tous les 3 mois et pas mois par mois, elles peuvent se retrouver avec une AAH partielle pendant un certain temps, avec peu de visibilité sur le budget. Il peut alors être plus sécurisant pour elles d'arrêter de travailler en gardant une AAH à taux plein avec une majoration vie autonome, qui est un revenu plus stable.

Cette situation accroît la précarité de ces personnes et n'est pas de nature à favoriser leur maintien dans l'emploi. **Il s'avère donc nécessaire de permettre aux salariés travaillant à temps très réduit d'accéder à un droit pour lequel ils cotisent** en conditionnant l'ouverture de leurs droits à une seule condition de durée d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé.

**Nos propositions :**

**Modification de l'article L.313-1**

**Dispositif**

1° Après le I. de l'article L. 313-1 du Code de la Sécurité sociale est ajouté un II. rédigé comme suit :

« II.- L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I.-2° peut toutefois ouvrir droit aux prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1 dès lors qu'il justifie, au cours d'une période de référence antérieure au début de l'incapacité de travail, d'une durée d'affiliation minimum au titre d'un travail salarié ou assimilé fixée par décret. »

2° Le II actuel devient un III.

**Modification de l'article R313-3**

**Dispositif**

L'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale relatif aux indemnités journalières est modifié comme suit :

- Les dispositions actuelles de l'article R. 313-3 sont regroupées dans un I.

- Au a) du 1° et au 2° du I. nouvellement créé, les mots « 1015 fois » sont remplacés par « **910 fois** »

- Un II. rédigé comme suit, est inséré :

« L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I. du présent article, doit justifier d'une durée minimum d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé de trois mois précédant l'arrêt de travail, pour bénéficier d'une indemnité allant jusqu'à six mois.

Pour prolonger la durée d'indemnité au-delà des six mois, l'assuré social doit justifier d'une durée minimum d'affiliation d'un an précédant l'arrêt de travail ».

- **IJ ALD** : Pour les personnes en ALD, la période d'indemnisation actuelle n'est pas adaptée à la réalité de toutes les situations. En effet, la date limite et fixe de 3 ans, qui favorise les assurés en ALD ayant des arrêts de longue durée, pénalise en revanche ceux qui maintiennent leur activité professionnelle mais ont des arrêts courts mais ne leur permettant pas de rester 1 an

sans arrêt pour rétablir une nouvelle période de droits. Le fait que la date de fin de droit soit fixée à l'avance entraîne des fins de droits, alors même que certains assurés ont eu très peu d'arrêts de travail. Cette situation est d'autant plus incohérente que leurs droits n'auraient pas été épuisés dans le cadre d'IJ hors ALD où la période de 3 ans est glissante. Si la circulaire de 2015 permet l'extension des droits pour les assurés ayant eu moins de 360 Indemnités sur la période, celle-ci l'a limitée à 1 an alors que la circulaire précédente ne prévoyait pas de limite de temps. Ces situations entraînent donc des orientations vers le régime de l'invalidité, qui ne correspond, ni à la situation de santé des personnes (qui pour certaines peuvent avoir eu très peu de jours d'arrêts sur 4 ans) ni à leurs projets et leurs ambitions professionnelles. Sans compter que le **régime invalidité s'avère aujourd'hui également inadapté et confus** pour les différents acteurs avec des amalgames fréquents entre inaptitude et invalidité, pouvant mener à des exclusions de la vie professionnelle injustifiées. La problématique des conditions de cumul IJ/invalidité est également un frein au maintien dans l'emploi, sachant que les personnes qui auraient théoriquement des droits ouverts aux IJ s'en voient privées si l'arrêt est en lien avec la pathologie invalidante et que l'état de santé est considéré stabilisé. Or pour des personnes atteintes d'une maladie chronique, leur situation de santé entraîne de fait des arrêts maladie, qui du fait des conditions de cumul salaire-PI, aboutit à une perte financière sur une période plus ou moins longue, qui peut les amener à renoncer à toute activité professionnelle et préféré bénéficier de la prévoyance d'entreprise qui complète la pension parfois sur l'intégralité du salaire, mais exclue du monde professionnel.

Il s'avère donc judicieux de permettre, d'une part que les assurés n'ayant pas bénéficié de 360 IJ sur la période de droits, rebasculent sur le dispositif de la période glissante sans restriction de durée, et d'autre part que la période d'1 an sans arrêt requise pour la reconstruction des droits, ne soit pas fixe non plus. Des personnes ayant eu une période sans arrêt de travail de 10 mois par exemple, et qui sont en arrêt de 15 jours, repartent pour une durée d'un an, et peuvent potentiellement ne jamais retrouver leurs droits IJ. Nous demandons donc que la date soit juste **reportée du nombre de jours d'arrêts pris** pendant la période sans droits.

Par ailleurs, la « mission arrêts de travail » menée par Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller, faisait état d'un système d'indemnisation peu adapté, notamment concernant la notion de la période de droits de 3 ans, jugée trop longue. Il est avancé que dans les faits il y a peu d'arrêts continus de 3 ans (ce qui corrobore la problématique de la période de droits fixe), et surtout peu de retours à l'emploi après un an d'arrêt. Nous estimons que le retour à l'emploi serait possible à condition qu'il y ait **un vrai système d'accompagnement de ce retour**. Pour certaines situations, **un arrêt même très long, de 3 ans, est nécessaire n'est pas synonyme d'impossibilité de reprise du travail**. On peut citer par exemple le cadre d'une personne en attente de greffe, qui peut nécessiter dans la période pré et post greffe un arrêt aussi long et néanmoins reprendre une activité professionnelle à temps plein ensuite. C'est

également le cas en oncologie, l'état peut ne pas se stabiliser avant 3 ans en raison des diverses formes de cancers et traitements individualisés aux impacts imprévisibles dans certains cas. Les rebondissements sont nombreux et imprévus. Dans cette situation, la règle des 3 ans d'IJSS ALD (L. 323-1 et R. 323-1 Code de la sécurité sociale) est précieuse, impondérable.

Le problème est celui posé par l'absence d'un accompagnement permettant le retour en emploi à la suite d'une longue période d'absence. La perspective d'une mise en invalidité prématurée peut être très mal vécue, comme une condamnation à ne plus avoir la capacité de travailler. Elle est bien souvent l'entrée dans un parcours de désinsertion sociale et professionnelle. La mise en **place d'un vrai système de référent de parcours santé au travail** qui accompagne les situations de risques de désinsertion professionnelle apparaît de ce fait nécessaire. Il est donc indispensable de maintenir la possibilité d'arrêts de 3 ans continu pour les situations qui le justifient médicalement, en instaurant un accompagnement pour le retour en emploi, tout en assouplissant la règle pour les personnes nécessitant plutôt des arrêts itératifs.

#### **Nos propositions :**

##### **Modification de l'article L.323-1**

###### **Dispositif**

L'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

L'indemnité journalière prévue au 4° 5° de l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Toutefois, si à l'expiration de la période prévue à l'article R. 323-1 2°, l'assuré se trouve n'avoir pas bénéficié du nombre maximal d'indemnités journalières mentionné au 2° de l'article L. 323-1, lesdites prestations devront lui être accordées dans les conditions prévues à l'article L. 323-1 2° ». Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale qu'elle soit continue ou non ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.



- **Problématiques des aidants :** Aujourd'hui les congés et allocations aux aidant sont trop restrictifs pour leur permettre de conjuguer vie professionnelle et vie professionnelle, amendant certains d'entre eux à renoncer à leur emploi. Nous préconisons donc une amélioration de leurs droits, avec l'extension de l'AJPA d'une part aux aidants de personnes malades chroniques, mais aussi une extension du nombre de jours à hauteur de la durée totale du Congé proche aidant.

Remarques / suggestions complémentaires :



## **Contribution France Assos Santé Rapport charge et produits 2026**

### **Volet organisation des soins Ville-Hôpital**

#### **Comment éviter le recours évitable à l'hôpital et en particulier aux urgences et asseoir le virage domiciliaire de nos aînés**

**Pour s'assurer des bonnes prises en charge à domicile :**

- Doit-on repenser et unifier les nombreux dispositifs de « parcours » existants, en instituant une fonction de coordonnateur de parcours répondant à un cahier des charges précis/unique ? Quel portage (CPTS, MSP, autre) ?

#### **Constats :**

Les dispositifs sont multiples et variés avec une perte certaine de visibilité par des usagers. Si nous voulons garder nos aînés au domicile, il faudrait

- Que toutes ces personnes aient un médecin traitant en rebasculant des actes vers des IPA comme les renouvellements d'ordonnances, les prises de constantes et des orientations secondaires vers des médecins si et seulement si nécessaire.
- Que les médecins se déplacent au domicile
- Que les professionnels de santé, et du domicile, autour de la personne soient identifiés pour intervenir en cas d'urgence.
- Le millefeuille est vaste entre les DAC, les CPTS, les MSP, les SAS : le tout étant des dépenses supplémentaires sans réelle plus-values pour les patients en zone de déserts médicaux. Nous voyons les CPTS se développer avec tout d'abord un coordinateur puis il devient directeur avec un responsable de communication, un secrétariat et les professionnels de santé viennent négocier leur rémunération pour accomplir des actions de prévention qui auparavant étaient accomplies par le milieu associatif.

#### **Propositions :**

- Rendre le dispositif plus visible avec une réelle coordination des parcours de soins et un référent infirmier en cas d'urgence H 24 pour les personnes âgées et en situation de handicap.
- Les Services d'aide à domicile sont également un maillon essentiel pour repérer les difficultés des personnes au domicile, et doivent pouvoir avoir un lien direct et rapide à un référent infirmier. Une formation complémentaire assortie de valorisation devrait être proposée, notamment pour ce qui concerne les fragilités spécifiques de ces publics, notamment la dénutrition et la douleur.
- Faire des filières d'accès direct à des services de gériatrie sans avoir à passer par les urgences si nécessaire afin d'éviter les pertes de chances dans les « couloirs de la mort » dans les services.
- Développer les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières avec évaluations gériatriques standardisées au domicile

Par ailleurs la question du recours évitable aux urgences, implique nécessairement la prise en compte de l'approche préventive (iatrogénie, chutes) ainsi que celle de l'accès aux soins de premier recours, de plus en plus difficile. Il est également nécessaire de prendre en compte la question des aidants.

- Faut-il renforcer les exigences envers les ES sur la sortie de ces patients (utilisation de MES, prise de contact avec le médecin traitant et le pharmacien, transfert en SSR, prise des RDV de ville, etc.) ?

**Constats :**

Beaucoup de plaintes et réclamations sont écrites aux CDU (commission des usagers en établissement de santé) pour se plaindre de la mauvaise organisation de la sortie qui n'est que très rarement anticipée.

**Propositions :**

- Anticiper en référençant les professionnels de santé et du domicile impliqués dans la prise en soins du patient pour les avertir de la sortie de la personne et organiser le retour à domicile
- Envoyer systématiquement une ordonnance numérisée vers le pharmacien traitant référent de la personne
- Avertir avec des outils numérisés le médecin traitant et éventuellement l'IPA ou l'infirmier.
- Utiliser systématiquement MES pour donner l'accès au patient et aux professionnels de santé aux documents (résultats d'examens, ordonnances, compte rendu d'hospitalisation et conduite à tenir)
- Coordonner de l'hôpital les parcours de soins avec prises de rendez-vous vers les professionnels nécessaires à la continuité des soins.

- La pluralité de l'offre actuelle pour les patients dépendants (IDEL, SSIAD, HAD, EHPAD) est-elle satisfaisante (gradation des besoins, etc.) ?

**Constats :**

La pluralité de l'offre la rend moins visible et moins accessible.

Les DAC devraient être les coordinateurs de ces diverses offres qui manquent de visibilité y compris pour les professionnels de santé.

**Propositions :**

- Rendre ces dispositifs plus visibles en fonction de la gradation des besoins après une évaluation pluridisciplinaire.
- Privilégier une seule porte d'entrée pour les usagers assortie d'une information accessible dans tous les offreurs de soins et les orientations seront faites en fonction de la gravité de la situation de la personne concernée.
- Eviter la multiplication des organisations revendiquant un rôle de coordinateur et, au niveau territorial, laisser les ARS et les collectivités locales adapter les dispositifs cohérents et coordonnés tenant compte :
  - De la démographie professionnelle (médecins, IDE, etc...)
  - De leur localisation
  - Des besoins identifiés en fonction des territoires
- Faire émerger, en fonction des besoins et ressources locales, de véritables « opérateurs métiers » autour de projet commun (avec notion de masse critique, capacités financière – investissements et gestion – et capables de mettre à disposition des outils de coordination : dossiers professionnels partagés et interopérables, alimentation de MES, gestion des ressources humaines).
- Parallèlement, faire évoluer les prises en charge vers la forfaitisation et la capitation tout en disposant progressivement des indicateurs de qualité appropriés privilégiant leur utilisation et appropriation par les acteurs de terrain.

NB : il est illusoire de penser que MES répondra à l'ensemble des besoins spécifiques de coordination entre professionnels, il n'est pas vraiment conçu pour cela même s'il peut aider... mais surtout en l'absence de développement de solutions dédiées utilisables par les professionnels.

Coordonner et gérer une prise en charge nécessite un minimum d'interopérabilité entre les logiciels métiers avec si possible un minimum de données structurées standardisées. D'autres part les portails web sont également à prendre en compte (par exemple les solutions informatiques destinées aux patients qui permettent déjà de gérer des questionnaires, d'envoyer des SMS aux patients, d'offrir des tableaux de bord en temps réel, etc...). Il peut s'agir de futures sources de données (synthèses par exemple) à intégrer secondairement dans MES mais MES ne les remplacera pas. C'est aussi pourquoi des ES (dont l'APHP par exemple) développent des solutions web pour les patients et le suivi.

### **Pour améliorer la prise en charge de la santé mentale**

- Quelle doit-être la position de l'Assurance Maladie sur la santé mentale, et la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques légers/modérés/graves au-delà de ce qu'elle fait aujourd'hui (PSSM, Mon soutien psy, revalorisation de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie libérale)

#### **Constats :**

Il existe une pénurie de psychiatres et beaucoup de médecins étrangers arrivent pour exercer sur notre territoire avec une vision différente qui se heurte avec les bonnes pratiques en psychiatrie. Les IPA sont en petit nombre en psychiatrie devant les contraintes de cette formation qui ne peut pas se faire en professionnalisation et oblige les infirmiers à quitter leurs fonctions pendant deux ans ce qui n'est pas compatible en période de pénurie d'infirmiers.

#### **Propositions :**

- Dans une visée préventive il s'avère nécessaire de prévoir d'élargir la possibilité de prises en charge de séances de soutien psychologique.
- Rendre la profession de psychiatre plus attractive avec une organisation incluant des IPA en augmentant le temps médical
- Faire évoluer la profession d'IPA en la rendant compatible avec une activité professionnelle et en validant les acquis et l'expérience : cette profession intermédiaire devient indispensable et il faudra surmonter le corporatisme médical.
- Développer un cadre spécifique pour le recours à la télémédecine en santé mentale (télépsychiatrie, téléconsultations, télésurveillance et monitoring recourant aux applications mobiles).

### **Pour éviter les passages aux urgences :**

- Doit-on réserver les urgences à l'accueil des « patients lourds » ?

#### **Constats :**

- Les patients sans MG passent plus aux urgences que les autres.
- Les médecins ne se déplacent plus au domicile.
- Les plaintes et réclamations dans les CDU nous montrent les dysfonctionnements de la régulation avec des pertes de chances pour les patients car non identifiés comme étant graves

#### **Propositions :**

- Prévoir des maisons de santé H24 accolées aux hôpitaux pour réorienter les patients dans les deux sens en fonction de l'effectivité de la gravité.
- Ne pas réserver les urgences aux cas les plus graves car des pertes de chances par des erreurs d'évaluation se produiront au détriment des usagers.

- En sus de SAS, doit-on créer un modèle de prise en charge intermédiaire en ville pour prendre en charge ces patients plus légers qui ont un recours inutile aux urgences mais difficilement absorbable par les médecins en cabinet classique ?

#### **Constats :**

Si nous créons une autre couche de structure avec coordination et orientation, le dispositif demandera des investissements supplémentaires qui seront au détriment de la qualité des

soins : évaluons la plus-value des structures existantes, SAS, DAC, CPTS MSP, ainsi que leur efficacité.

En outre, nombre de médecins traitants partent à la retraite (ou pour d'autres raisons) sans prévenir leurs patients. Les patients se retrouvent sans médecin traitant et peuvent pousser la porte des Urgences le temps d'en retrouver un (s'ils en trouvent un).

#### **Propositions :**

- Les médecins de ville devraient avoir une obligation de donner leurs disponibilités aux SAS, car aujourd'hui, ce n'est pas une obligation et cela induit des pertes de chances dans l'attribution de rendez-vous en direct du SAS.
- Les médecins traitants devraient avoir obligation de prévenir leurs patients de leur départ à la retraite (ou départ pour cause de déménagement ou toute autre raison) 6 mois à l'avance, afin que ceux-ci puissent anticiper la recherche d'un nouveau médecin traitant. Par ailleurs, il revient aux CPTS et à l'AM d'aider les patients à retrouver un médecin traitant. Les médecins devraient donc informer ces structures de leurs départs et de leur possibilité de prendre des patients en tant que médecin traitant, au regard des objectifs de la convention médicale (+2% de patient). Ces informations seraient portées à la connaissance des patients.
- Evaluer l'impact réel des CPTS et des SAS sur l'accès aux soins.
- On peut suggérer que les MSP et équivalent organisent une offre spécifique de consultations sans rendez-vous pendant les périodes de garde et réservé aux urgences ressenties et identifiées comme potentiellement légères ( via le SAS)
- La télémédecine pourrait également jouer un rôle ; organiser et offrir une téléconsultation de garde pour la population suivie et connue de la MSP/CPTS. Conçue comme une extension de l'équipe de soins primaires elle pourrait permettre de prendre en charge les patients présentant des urgences ressenties a priori légères,, notamment les symptômes du rhume et de la grippe, les maux de gorge, les maux de dos, les infections urinaires, etc.

#### **- Quelles solutions pour limiter le recours aux urgences des personnes en EHPAD ?**

##### **Constats :**

Le déplacement aux urgences du résident en l'absence de présence médicale sont souvent injustifiés et occasionnent fréquemment des effets négatifs notamment des décompensations des patients, avec des complications graves évitables allant jusqu'à la mort dans certains cas faute de prise en soins correcte entre établissements et services peu adaptés pour les recevoir, et ce alors même que le motif initial ne présentait pas de caractère urgent ou vital.

##### **Propositions :**

- Renforcer le temps médical et infirmier en EHPAD en le rendant plus attractif
- Utiliser la télémédecine pour assurer une consultation médicale plus rapide en soirée ou week-end par exemple en évitant ces déplacements risqués.<sup>1</sup> Les patients doivent

---

<sup>1</sup> Organisée en lien avec des établissements ou équipes spécialisée, la télémédecine permet d'organiser des consultations plus adaptées, exemple : des consultations plus fréquentes (hebdomadaires au lieu de mensuelles) mais plus courtes qui permettent un suivi rapproché en particulier pour les patients touchés par

être assisté par un infirmier lors de la téléconsultation. La télémédecine ne doit cependant pas remplacer totalement la présence de médecins en EHPAD. Obliger une garde infirmier H24 en EHPAD qui pourrait utiliser la télémédecine pour éviter d'évacuer des personnes âgées vers les urgences en lien avec le SAMU.

- Utiliser des unités mobiles si nécessaire car les personnes âgées aux urgences subissent de la maltraitance à attendre sur un brancard dans des couloirs.

- Comment créer une filière ad hoc de prise en charge des soins non programmés des enfants ?

**Constats :**

Les filières pédiatriques sont rares dans les hôpitaux périphériques. Les enfants se retrouvent dans les salles d'attentes communes avec des délais d'attente très longs.

**Propositions :**

Réfléchir à des accès directs vers des services de pédiatries sans passer par les urgences.

- Comment permettre une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques ?

**Propositions :**

- Augmenter le nombre de psychiatres et identifier des filières d'accès direct sans passer par les urgences.
- Organisation d'une offre de télépsychiatrie dans les services d'urgences ne disposant pas de spécialistes de garde facilement mobilisables (la très grande majorité).

**Comment améliorer l'efficacité de la chirurgie à qualité au moins équivalente : Pour améliorer la qualité et la performance médico-économique de la prise en charge hospitalière**

- Doit-on faire respecter les seuils minimaux de chirurgie dans un objectif de sécurité et de qualité de soins ? Si oui, comment organiser la gradation / le transfert d'activité en préservant l'accès aux soins sur les territoires ?

Diapo 68 : **Étude sur 96 072 prostatectomies radicales : le risque est augmenté d'une manière statistiquement significative pour les établissements à très faible et faible volume.**

**Constats :**

Nous avons des données sur l'intervention du cancer de la prostate dénombrant une ou deux interventions par mois donc entre 12 et 24 interventions par an. La dextérité manuelle d'un chirurgien est d'autant plus grande qu'il effectue beaucoup un acte. Les pertes de chances des personnes opérées dans ces centres sont évidentes avec de lourdes conséquences humaines

---

des troubles cognitifs ou maladies neuro-dégénératives, dont l'état peut se dégrader rapidement rendant parfois compliquée leur suivi efficace.

La télémédecine ne doit cependant pas remplacer la consultation présenteielle car elle ne peut pas permettre de répondre à tous les besoins de santé et situations médicales, ex : risque de remplacer totalement la présence de médecins en EHPAD.

L'intervention des professionnels qui accompagnent le patient (assistance à la téléconsultation par des infirmiers) auprès du médecin téléconsultant lors de la téléconsultation (par exemple en EHPAD) et après celle-ci peut jouer un rôle décisif pour assurer la continuité des soins qui fait parfois défaut avec le recours à la télémédecine. L'organisation du recours à la télémédecine doit être anticipée et partagée, et prendre en compte les enjeux de ressources humaines et de formation du personnel soignant parfois changeant, et nécessite donc une vraie volonté de l'établissement et des partenariats solides pour l'accès à des médecins spécialisés.

avec des décès, des séquelles graves, et des conséquences sociales avec des passages en invalidité assortie de dépenses sociales liées au handicap.

**Propositions :**

- Des hôpitaux de proximité organisent le parcours du patients, examens, RCP en lien avec les experts dans des centres de références et les patients sont acheminés de l'hôpital de proximité vers le centre chirurgical pour subir l'intervention par des équipes expertes et dès que la personne a terminé la phase chirurgicale, il est redirigé vers l'établissement de proximité. Il doit en être de même pour les techniques de radiothérapie innovantes qui ne sont pas pratiquées parfois en proximité. La qualité doit être priorisée par rapport à la proximité.
- Cependant la file active de patients devant subir une intervention vers des centres experts doit être bien évaluée pour éviter de longues attentes et ne pas subir des retards de prise en charge car les pertes de chances seront également incontournables. Les ARS doivent prévoir des centres experts pour répondre à la demande en identifiant les chirurgiens qui opèrent dans ces centres car les nouveaux sans expérience seront également à risques pour les patients. Les centres non validés qui effectueront des actes chirurgicaux sans RCP ou annonce du diagnostic de cancer aux patients devront être lourdement sanctionnés.

L'approche VBHC caractérisé par :

- Le recours systématique aux PROMs pour l'évaluation de la qualité
- La création « d'Unité de pratique intégrée » multidisciplinaire
- Une démarche qualité basée sur l'apprentissage continue prenant en compte les indicateurs de résultats.

Exemple : La Martini Klinik de Hambourg traite environ près de 10% des cancers de la prostate en Allemagne (6000 interventions / ans >10 chirurgiens dans cette unité spécialisée). L'approche VBHC, depuis répliquée dans plusieurs centres en Allemagne et dans les pays nordiques, permet d'améliorer considérablement l'efficacité des soins et réduire le taux de complications d'un facteur 10 pour certains indicateurs. <https://www.martini-klinik.de/fr/>

Qualité du traitement / Qualité de vie de nos patients		
	En Allemagne	Dans la Martini-Klinik
Continence complète *	56,7 %	93,5 %
Incontinence sévère **	4,5 %	0,4 %
Dysfonctionnement érectile grave (1 an) ***	75,5 %	34,7 %
Plaie de l'uretère	0,6 %	0,04 %
Septicémie	2,5 %	0,04 %
Embolie pulmonaire	0,8 %	0,1 %
Mauvaise cicatrisation	1,7 %	0,9 %
Plaie rectale	1,7 %	0,2 %
Thrombose	2,5 %	0,4 %
* La continence complète se définit par l'utilisation de zéro protection ou d'une protection par sécurité ** Plus de 5 protections par jour *** Comprend également des patients présentant déjà une dysfonction érectile avant l'opération		
Source:  <a href="#">BARMER GEK Krankenhaus Bericht 2012</a>		

### - Comment réussir la « vague 2 » de la chirurgie ambulatoire ?

Diapo 71 : 2,7 fois moins de ré hospitalisations en ambulatoire. Avec un taux cible de 82,59%.

#### Constats :

- En ambulatoire les patients reçoivent toutes les informations nécessaires pour réussir leur hospitalisation avec la mobilisation d'un aidant. Un rappel est organisé le lendemain et un numéro d'appel leur est donné en cas de complications immédiates pendant la nuit suivante. Ce dispositif sécurise les patients avec un recours aux infirmières de coordination qui jouent un rôle indispensable dans cette organisation
- L'ambulatoire n'est pas réalisable pour les personnes dépendantes ou isolées sans personnes pour les surveiller. Une indication de chirurgie ambulatoire doit être bien définie et respectée afin d'éviter les pertes de chances.
- D'autre part, l'ambulatoire concerne des chirurgies moins lourdes ne nécessitant pas un passage aux soins intensif en post opératoire. Donc les taux de ré hospitalisation sont naturellement plus élevés après des chirurgies lourdes.
- Par ailleurs, il faut nécessairement prendre en compte la question de l'offre et de la prise en charge transports, qui sont de fait impactés par le développement de l'ambulatoire.

**Propositions :**

Un taux minimum n'est pas souhaitable car dans les divers bassins de vie, les populations diffèrent. D'ailleurs la performance des cliniques privées dans les taux de 70% montrent que la chirurgie ambulatoire est d'avantage pratiquée chez les personnes CSP+ qui peuvent mieux rentrer dans ce dispositif plutôt que les patients du service public qui s'adresse à tout public y compris les personnes les plus âgées, isolées, ou précaires.

**Citer l'importance des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) pour certains actes réalisables en ambulatoire**

La Réadaptation Améliorée après Chirurgie (RAC) représente une approche indispensable pour la "vague 2" de la chirurgie ambulatoire. Ce concept, né dans les années 1990, repose sur une prise en charge globale du patient avec des protocoles fondés sur des preuves scientifiques : chirurgie bariatrique, gastrique, pancréatique, hépatique et œsophagienne ; chirurgie gynécologique et césarienne ; chirurgie orthopédique (épaule et membre inférieur) ; chirurgie rachidienne ; chirurgie cardiaque et thoracique ; chirurgies urologiques, ORL ou encore protocole spécifique à la population gériatrique. Depuis 2023, des recommandations adaptées à la transplantation hépatique ont également été formulées. La RAC implique une préparation préopératoire optimisée incluant l'information détaillée du patient pour : le sevrage tabagique et alcoolique préopératoire, la prise en charge nutritionnelle avant l'intervention, le support nutritionnel postopératoire avec une réalimentation précoce, l'analgésie locorégionale via l'utilisation de cathéters cicatriciels ou de blocs de paroi. En postopératoire, elle encourage la mobilisation précoce et la reprise rapide de l'alimentation. Ces mesures combinées permettent de réduire significativement les complications, d'accélérer la récupération fonctionnelle et de diminuer les durées d'hospitalisation.

La RAAC permettrait d'élargir les indications de l'ambulatoire à des patients plus fragiles ou âgés en visant une meilleure efficacité et efficience pour la vague 2.

- Doit-on créer un modèle organisationnel et financier de chirurgie hors bloc (autorisation d'environnement plutôt que d'activité, création d'une prestation facturable pour l'environnement) ? Quelles précautions (limitation à une liste d'actes définies ? Autorisations par les ARS?) ?

**Propositions :**

Les filières chirurgicales hors bloc doivent répondre à des critères qualité stricts pour assurer la qualité et la sécurité des patients.



## **Contribution France Assos Santé**

### **Rapport Charges et Produits 2026**

#### **Volet Prestations en Espèces**

##### **Sur la simplification de l'accès à l'indemnisation pour les premiers jours d'arrêt :**

- Faut-il essayer d'harmoniser les règles entre les différents statuts des travailleurs (ouverture de droit, revenu de référence, etc.) ?
- Faut-il harmoniser les montants d'indemnités journalières versés aux assurés quel que soit leur statut ? Une forfaitisation des indemnités devrait-elle être envisagée ?

France Assos Santé est favorable au fait que l'ensemble des statuts puissent bénéficier de droits, et d'une plus grande équité, néanmoins des statuts spécifiques peuvent nécessiter des adaptations au risque d'être pénalisés. S'il y a harmonisation celle-ci doit être tirée vers le haut. Nous sommes prudents sur la forfaitisation, il serait nécessaire d'avoir une analyse plus fine, notamment sur les perdants. Le montant maximal des IJ a déjà été revu à la baisse avec la LFSS 2025, il ne serait pas acceptable de venir encore diminuer des droits.

##### **Sur le niveau d'indemnisation :**

- Comment réduire les inégalités de couverture prévoyance entre travailleurs (1/3 de salariés non-couverts pendant les trois premiers jours versus 2/3 de salariés couverts à 100%) ?
- Faut-il faire évoluer les règles sur les jours de carence ? Faut-il un jour de carence d'ordre public ?
- Faut-il faire évoluer les règles sur le taux d'indemnisation par l'assurance maladie. ?
- Serait-il pertinent de mettre en place un contrat responsable prévoyance pour garantir un socle commun de prises en charge sur le modèle des contrats responsables en santé ?

Concernant la prévoyance, des inégalités d'accès sont clairement établies. En fonction du statut du salarié, de la taille de l'entreprise, des conventions collectives et des accords de branche, il existe des disparités. Par ailleurs les difficultés sont accentuées pour des catégories de salariés :

- Salariés ayant moins d'un an d'ancienneté qui ne bénéficient même pas d'IJ complémentaires employeurs en cas d'arrêt maladie, ni de prévoyance
- Salariés avec des contrats précaires (intérimaires, CDD) ou encore ceux travaillant à temps trop partiel pour pouvoir prétendre à des IJ ou une pension d'invalidité, et sont de fait exclus de la prévoyance.

**Pour les indépendants**, les difficultés d'accès sont également très importantes. Certes les indépendants ne relevant pas du régime agricole peuvent bénéficier du contrat Madelin leur permettant de déduire une part de leurs cotisations, mais ceux-ci peuvent rester soumis à un questionnaire de santé, et de fait à des garanties moindres ou à des exclusions, et à des cotisations qui peuvent augmenter en fonction des problématiques de santé ou de l'âge. Par ailleurs, reste la situation des indépendants qui relèvent du régime agricole, qui ne sont pas concernés par le dispositif Madelin. Ainsi les travailleurs indépendants sont globalement moins bien couverts que les salariés en termes de garanties de Prévoyance<sup>1</sup>. Par ailleurs, certains professionnels libéraux ne peuvent pas adapter leur prévoyance à leurs revenus s'ils ont eu un diagnostic de maladie grave, ils se retrouvent avec une prévoyance ne couvrant pas leur niveau de vie car pas actualisable en raison des clauses d'exclusion des assurances.

Ainsi les personnes présentant les risques potentiellement les plus élevés, sont celles qui sont le moins bien couvertes, et qui peuvent se voir précipiter vers une situation de précarité importante car le taux d'indemnisation de l'Assurance maladie ne permet pour celles-ci de vivre dignement sans complément de revenus.

A cet égard nous nous positionnons **favorablement sur l'idée d'un contrat socle obligatoire pour l'ensemble des salariés et des professionnels indépendants et libéraux**. Néanmoins une réflexion est à mener pour les indépendants, notamment ceux qui se voient refuser la couverture prévoyance individuelle du fait de leurs problématiques de santé : Aller vers **un dispositif contraignant pour les assureurs ? Prévoir un contrat « public » de prévoyance pour les exclus ?**

Par ailleurs, d'autres problèmes se posent concernant la prévoyance. En matière **de portabilité**, la rédaction catastrophique des dispositions de l'Accord national interprofessionnel (ANI) intégrée au Code de la Sécurité sociale et sa mise en œuvre par les mutuelles et organismes de prévoyance continue dans l'indifférence générale à produire ses effets.

Rappelons que la portabilité permet aux salariés de bénéficier du maintien de la complémentaire santé et de la prévoyance dont ils relevaient dans le cadre de leur emploi. Cependant certains contrats exigent que la personne demande cette portabilité et certains ne font pas la démarche par ignorance.

---

<sup>1</sup> <http://www.institut-de-la-protection-sociale.fr/ips/documents/DT-Encourager-la-couverture-prevoyance-des-ind%C3%A9pendants-230117.pdf>

Le bénéfice de la portabilité est conditionné aux situations de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, ainsi les personnes ayant démissionné se retrouvent de fait exclues de couverture.

**Mais sont écartées également, à l'encontre de toute logique, les personnes ne percevant pas de manière effective des allocations chômage, bien qu'elles y soient éligibles en théorie, en raison de leur état de santé entraînant un arrêt de travail**

Arguant de l'absence d'indemnisation effective du Pôle emploi, des complémentaires écartent indument des salariés ayant vocation à bénéficier de la portabilité.

Cette difficulté est identifiée depuis 2010 et donnait l'occasion au Ministère du travail d'apporter les précisions suivantes dans le cadre [d'une question parlementaire](#): *les conditions d'éligibilité sont les suivantes : rupture du contrat de travail - sauf pour faute lourde - d'un salarié ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance-chômage, période d'activité d'au moins un mois et ouverture des droits chez le dernier employeur. Pour éviter toute rupture de prise en charge, il est également précisé que le dispositif entre en vigueur dès la cessation du contrat de travail, et non à partir du moment où le salarié est indemnisé par l'assurance chômage. Il en découle qu'un salarié en arrêt maladie pendant le préavis ou immédiatement après la fin du contrat de travail est éligible. Il ne pourra cependant produire de document relatif à sa prise en charge par le régime d'assurance chômage qu'à l'issue de son arrêt de travail. Il apparaîtrait souhaitable que les organismes de prévoyance prévoient des modalités spécifiques pour un salarié se trouvant dans l'une des situations décrites ci-dessus. Ces modalités pourraient par exemple consister en un différé pour la présentation du document justifiant du droit au bénéfice de l'assurance chômage, dans l'hypothèse où l'intéressé souhaiterait bénéficier de la portabilité »*

A la lumière des sollicitations reçues sur le sujet, on ne peut que faire le constat amer que cette clarification ne s'est pas traduit par une amélioration des pratiques en la matière. Au contraire, l'imagination pour écarter des bénéficiaires de la portabilité semble sans borne et chaque année apporte son lot d'innovations.

Parmi les victimes privées de complémentaires santé ou de prévoyance on peut ainsi citer :

- La situation décrite spécifiquement dans la réponse ministérielle, à savoir les salariés en arrêt maladie au moment de leur licenciement et ne pouvant s'inscrire au chômage tant que leur situation relève d'un arrêt maladie :
- Les salariés inscrits au Pôle emploi mais ne percevant pas encore d'indemnisation du fait des règles de différés d'indemnisation du Pôle emploi :

*« J'ai été licencié récemment et j'ai reçu des indemnités de licenciement. De ce fait, je ne reçois pas encore les indemnités du Pôle emploi. Ma mutuelle ne me dit pas de portabilité tant que je ne perçois pas mes allocations. C'est normal ? »*

- Les salariés inscrits au Pôle emploi mais dont le versement de l'indemnité chômage est interrompu en raison d'un arrêt maladie. :

*« J'ai été licencié par mon employeur en mars suite à une résiliation judiciaire de mon contrat de travail. Je me suis inscrit au chômage dans la foulée. Je suis actuellement en arrêt maladie, Ils m'ont dit que j'avais la portabilité de mon contrat, et dernièrement en juin, je m'aperçois qu'ils m'ont tout coupé. J'ai été radié de mon contrat de portabilité. Je leur ai écrit qu'ils ne m'avaient pas signifié la fin de ma portabilité que c'était inadmissible que la société me refuse le bénéfice de la portabilité. Tant que je suis malade, je ne peux pas m'inscrire à Pôle emploi, pas apte à rechercher un emploi. Je leur ai dit qu'ils avaient une attitude discriminatoire, je les harcèle au téléphone car ils ne me répondent pas. Que puis-je faire encore ? »*

- Les salariés bénéficiaires d'une pension d'invalidité inscrits au Pôle emploi mais ne percevant pas d'indemnisation effective du Pôle emploi du fait de l'application des règles de cumul entre pension d'invalidité et allocation de retour à l'emploi :

*« Suite à un licenciement je me suis inscrit au chômage. Je perçois par ailleurs une pension d'invalidité 2ème catégorie. Comme celle-ci est supérieure au montant de mon allocation chômage, mes allocations sont égales à zéro car pour son calcul le Pôle emploi prend en compte ce qui est versé par la sécurité sociale. Mon assurance en déduit que je n'ai plus droit à la portabilité ! Pouvez-vous m'aider ? »*

Face à ces pratiques et les ambiguïtés textuelles de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale qui régit le cadre légal de la portabilité, il nous paraît grand temps que le législateur s'empare du sujet pour corriger cette anomalie.

Concernant le sujet d'un jour de carence publique, nous y sommes opposés. Soit cela supposerait qu'une part importante des assurés ont des arrêts injustifiés et qu'ils seraient donc incités à être moins « fraudeurs », mais aucune analyse ne permet de le démontrer, et dans ce cas il s'agit d'un problème de contrôle de la fraude. Soit-on ne le suppose pas et on veut mettre la pression pour que des salariés malades continuent de travailler alors qu'ils nécessiteraient du repos. Cela va à l'encontre de la santé publique, et même de la productivité. La question doit donc plutôt se traiter sur l'analyse des atypies dans les entreprises, avec la question des conditions de travail.

### **Sur les arrêts courts**

- L'absentéisme de court-terme étant celui contre lequel l'employeur est le plus à même d'avoir des leviers la répartition de la couverture des arrêts de travail (courts/moyens) entre assurance maladie et employeur fait-elle sens ?

Nous formulons la même préconisation qu'à la question précédente, le sujet des arrêts courts doit être analysés au regard des atypies dans les entreprises, et sous le prisme des conditions de

travail. Nous rappelons par ailleurs que l'impact financier de ces arrêts est faible sur les dépenses de santé. Nous sommes opposés à un report de l'indemnisation sur les entreprises, car nous identifions un risque élevé d'une forme de pression, même indirecte, auprès des salariés qui pourraient être amenés à faire preuve de « présentisme » par crainte des conséquences sur leur emploi, alors même que leur situation de santé nécessiterait un arrêt de travail. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la capacité des très petites entreprises à assumer cette dépense supplémentaire, et le risque de mise en péril de leurs activités avec l'impact négatif sur l'emploi, et de fait sur les finances de la Sécurité Sociale.

### Sur la prise en charge des arrêts longs :

- Doit-on conserver le dispositif d'ALD non exonérante, qui concentre l'essentiel des arrêts longs, sans suivi et sans accompagnement ? Pourrait-on lui substituer un nouveau modèle, plus à même de lutter contre la désinsertion professionnelle ?
- Faut-il réguler la prise en charge par les employeurs des arrêts longs pour assurer une homogénéité des prises en charge ?
- Faut-il introduire une obligation de couverture minimale par l'employeur des arrêts longs pour éviter que l'arrêt de travail ne soit la solution de recours en cas de conflit entre le salarié et l'employeur ?
- Faut-il et comment assurer un vrai suivi des assurés en arrêt long à l'Assurance Maladie ? Quel rôle peut on demander à l'assuré de jouer pendant cette période ?

Nous considérons qu'il y a une légitimité à s'interroger, non pas sur le dispositif des ALD non exonérantes en tant que tel, mais plutôt sur l'importance des arrêts longs dans ce cadre, d'autant qu'une part importante concerne les troubles de la santé mentale. En effet ce dispositif se déclenche sur des arrêts de plus de 6 mois, il y a donc tout lieu de s'interroger sur la justification que ces personnes ne soient pas admises au titre d'une ALD exonérante ?

Par ailleurs, l'autre questionnement concerne la responsabilité de l'employeur et l'accompagnement qui peut être proposé à ces personnes qui s'éloignent de l'emploi. Le monde du travail est également lui-même potentiellement un générateur de troubles de la santé mentale, burn-out, stress, harcèlement, injonctions contradictoires, conditions de travail dégradées, management inadapté, ou encore insuffisance de mesures de prévention et d'appréhension des risques psychosociaux, sont autant de problématiques qu'il convient de prendre à bras le corps.

Cela soulève aussi la question de l'efficacité du dispositif de la PDP, qui malgré des bonnes volontés, peut difficilement aujourd'hui être à la hauteur des enjeux. Cela nécessiterait des moyens bien plus importants, aussi bien du côté des Services de Prévention et Santé au Travail, que de l'Assurance maladie. Seule une véritable volonté politique pourrait permettre de répondre aux besoins d'accompagnement que ces situations nécessitent.

L'accompagnement au risque de désinsertion professionnelle devrait être déclenchée, le plus précocement possible, idéalement pour tout arrêt de plus de 3 mois ayant vocation à se prolonger. En effet cet accompagnement est nécessaire après identification des besoins des personnes individuellement devrait être un levier efficace pour le maintien de ces personnes

dans l'emploi en leur évitant de basculer dans l'invalidité après épuisement des indemnités journalières (cf expérimentation de l'accompagnement des personnes au RSA)

Nous rejoignons notamment également les propos de la FNATH sur les déclarations d'inaptitudes accompagnées de licenciements trop nombreux, qui sont des situations d'échec et de facilité, alors même qu'un accompagnement, des reclassements pourraient permettre un maintien dans l'emploi si celui-ci était déclenché le plus précocement possible.

### Sur la régulation des volumes

- Est-il nécessaire d'encadrer plus fortement les prescriptions pour qu'elles soient en adéquation avec les besoins des assurés et des pathologies en lien avec l'arrêt ? Des référentiels plus précis et plus encadrants pourraient-ils être mis en place pour définir la durée maximale d'indemnisation pour une pathologie ?
- Comment intégrer les modifications de l'organisation au travail depuis le COVID 19 (Télétravail) pour certains salariés dans les prescriptions médicales ?
- La limitation de la durée de la prescription initiale d'un arrêt permettrait-elle un meilleur suivi des patients en arrêt qui devront consulter en cas de prolongation nécessaire notamment dans le cas de troubles en lien avec la santé mentale (sur la santé mentale, la recommandation scientifique est de 15 jours maximum pour le premier arrêt) ?
- Faut-il limiter la durée de prolongation d'un arrêt pour s'assurer du suivi du patient et de la confirmation de la justification du besoin ?
- Sur les contrôles, comment faire évoluer la procédure de signalements entre les entreprises et l'Assurance Maladie ?
- Les atypies d'absentéismes doivent-elles avoir des conséquences financières pour l'employeur ?
- Faut-il renforcer les sanctions vis-à-vis des assurés et prescripteurs en cas d'abus ?
- Comment faire en sorte que la branche maladie ne soit pas celle qui couvre le risque « conflit entre un salarié et un employeur » ?

Nous rejoignons sur ce dernier chapitre les propos de la FNATH et le constat que l'absence d'un véritable accompagnement des assurés, nous invite à exclure d'adhérer à des logiques purement comptables concernant la problématique des IJ.

Nous tenons par ailleurs à rappeler que concernant les volumes d'arrêts de travail, la France n'apparaît pas comme une anomalie comparée aux autres pays équivalents. Nous réitérons donc nos propos et la nécessité de replacer cette question sur le volet de la Santé Publique. Nous rappelons également que la prescription d'un arrêt de travail est un acte médical, sous la responsabilité du prescripteur. La prescription doit être justifiée médicalement mais les assurés ne doivent pas être pénalisés si une prescription ne respecte pas les recommandations. Les déterminants des arrêts sont connus, et nous engageons donc à agir sur ces déterminants, qui allient prévention et accompagnement en premier lieu.

Pour rappel la diminution du chômage et les augmentations des salaires contribuent à une augmentation de la dépense des IJ. L'accompagnement des usagers régulièrement en arrêt pourrait améliorer leur situation en prévenant la désinsertion professionnelle et en évitant des avis d'inaptitude.



**Contribution France Assos Santé  
Rapport charges et produits 2026  
Volet Médicaments**

<b>Sur la politique tarifaire en lien avec le médicament : .....</b>	<b>2</b>
Est il nécessaire de durcir la négociation de prix à l'entrée dans le panier de soin ? .....	2
Comment poursuivre une politique tarifaire ambitieuse par produit au cours du temps ? .....	2
Dans un premier temps et en ce qui concerne le stock de médicaments, semble-t-il nécessaire de mener une régulation spécifique de certains produits notamment dont l'amélioration du service médical rendu est faible ? .....	2
Faut-il instaurer une régulation plus forte sur le prix du médicament, comme dans le milieu des années 2010, pour garantir la soutenabilité du système d'Assurance Maladie ? .....	3
<b>Sur les exigences en matière de prise en charge : .....</b>	<b>3</b>
Est il nécessaire d'améliorer la qualité de la démonstration des produits entrants dans le panier de soins notamment en oncologie ? .....	3
Faut-il conditionner le remboursement à l'utilisation d'un critère de jugement clinique adapté dans les dossiers soumis ? .....	3
<b>Sur la désescalade thérapeutique : .....</b>	<b>3</b>
Comment mettre en œuvre la désescalade thérapeutique pour garantir la qualité de prise en charge des patients sans perte de chance ? .....	3
Faut il que l'Assurance maladie finance des essais de désescalade thérapeutique ? .....	4
<b>Sur les génériques et biosimilaires : .....</b>	<b>4</b>
Faut-il modifier les conditions de remboursement des princeps/génériques afin d'en améliorer la substitution et les gains d'efficacité en lien avec les génériques ? .....	4
Comment accroître la substitution des biosimilaires ? .....	4
<b>Sur les négociations entre le CEPS et les industriels : .....</b>	<b>5</b>
Faut-il limiter dans le temps la durée de la négociation (comme pour les accès directs) ? .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Faut-il augmenter les remises/majorations de remises post AMM des produits en accès .....	5
<b>Sur l'impact sur les marges de distribution des remises : .....</b>	<b>5</b>
<b>AUTRES PROPOSITIONS .....</b>	<b>5</b>
Pertinence, sécurité des personnes malades et gâchis d'argent public .....	5
Répondre aux difficultés d'accès aux médicaments de niveau ASMR5 (absence de progrès thérapeutique ou manque de données) .....	6

## Sur la politique tarifaire en lien avec le médicament :

Est il nécessaire de durcir la négociation de prix à l'entrée dans le panier de soin ?

- Notre système de négociation des prix est inflationniste puisque les médicaments avec un niveau d'ASMR3 peuvent revendiquer des prix bien supérieurs aux comparateurs. Les médicaments de la même classe qui se comparent à ce médicament avec un simple essai clinique de non-infériorité obtiennent un niveau d'ASMR5, leurs prix seront moins élevés que le comparateur mais resteront très onéreux car le comparateur est très cher.
- Une renégociation du médicament initial ayant une ASMR3 devrait se faire dès lors qu'un autre médicament rentre sur le marché.

Comment poursuivre une politique tarifaire ambitieuse par produit au cours du temps ?

- Il est nécessaire de pouvoir **disposer de registres nationaux pour l'évaluation initiale** et les études post-inscription nécessaires pour vérifier l'efficacité des médicaments considérés comme innovants.
- France Assos Santé demande que soit explicitée l'orientation française en matière de registres des cancers et plus largement que l'ensemble des objectifs d'une collecte et d'une analyse des données en cancérologie soient précisés.
- Il convient en effet de rediscuter des priorités actuelles qui semblent donc avant tout privilégier la recherche et sa valorisation, misant éventuellement sur un financement surtout industriel, tout en donnant la désagréable impression d'oublier les enjeux de Santé Publique visant notamment la réduction des inégalités sociales et sanitaires et promouvant la qualité et la pertinence des soins (et donc des prescriptions d'anticancéreux dont on a vu le niveau particulièrement élevé en France)<sup>1</sup>.
- Les PROMs devrait être mis en place afin de recueillir des données issues des patients.

Dans un premier temps et en ce qui concerne le stock de médicaments, semble-t-il nécessaire de mener une régulation spécifique de certains produits notamment dont l'amélioration du service médical rendu est faible ?

- Si le déremboursement des médicaments à SMR faibles devait être envisagé, il faudrait revoir les évaluations par la commission de la transparence à la HAS
- A titre d'exemple, le déremboursement du paracétamol conduira les prescripteurs à prescrire des antalgiques de niveau 2 avec des risques d'effets indésirables majeurs augmentés du risque d'addiction et d'impact sur la santé mentale.
- Certains traitements actuellement jugés « de confort » avec des taux de remboursement de 15 ou 30% sont essentiels pour garantir l'adhésion aux traitements lourds (oncologie et hématologie) dans la gestion des effets secondaires liés aux traitements.
- Un déremboursement de ces médicaments conduira à un risque important de pertes de chances pour les personnes les plus défavorisées qui arrêteront les traitements au regard des effets indésirables, car ils ne pourront plus financer ces traitements qui ne seront plus pris en charge dans le cadre de l'ALD ni par les mutuelles.

---

<sup>1</sup> Extrait de la contribution de France Asso Santé auprès de la cour des comptes, 2023

Faut-il instaurer une régulation plus forte sur le prix du médicament, comme dans le milieu des années 2010, pour garantir la soutenabilité du système d'Assurance Maladie ?

- Il faudrait surtout ne pas se mettre en concurrence entre pays européens car le couloir de prix EU se fait sur le prix facial qui se trouve déconnecté du prix réel.
- Nous demandons plus de transparence sur les prix réels par classe thérapeutique (le montant des remises produits a bondi de 25 % en 2023 selon le rapport annuel 2023 du CEPS)
- Nous proposons de compléter les critères de fixation des prix du médicament afin que le comité économique des produits de santé puisse tenir compte :
  - des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche
  - des coûts réels de production dans la fixation du prix des médicaments

### Sur les exigences en matière de prise en charge :

Est-il nécessaire d'améliorer la qualité de la démonstration des produits entrants dans le panier de soins notamment en oncologie ?

- Nous soutenons un développement avec des comparaisons afin de prouver l'efficacité du traitement. Mais au niveau Européen, l'EMA accorde des AMM très précocement accompagné d'un marketing exacerbé qui conduisent les patients à le demander. Ces patients sont instrumentalisés et en état de grande vulnérabilité. Un suivi des dépenses des industriels devrait se faire car les financements interdits vers les prescripteurs à tendance à se déplacer vers les patients.
- L'accès précoce est déjà conditionné à une continuité du développement scientifique de l'essai, nous devrions exiger un essai comparatif même en cas de faibles effectifs.

Faut-il conditionner le remboursement à l'utilisation d'un critère de jugement clinique adapté dans les dossiers soumis ?

- Les objectifs doivent être hiérarchisées en incluant obligatoirement des données de qualité de vie des patients car souvent elles ne sont pas hiérarchisées et les laboratoires en parlent lors des auditions. En effet dans le cas de non-hiérarchisation ces données ne sont pas utilisables dans l'HTA.

### Sur la désescalade thérapeutique :

Comment mettre en œuvre la désescalade thérapeutique pour garantir la qualité de prise en charge des patients sans perte de chance ?

- Nous proposons la mise en place d'un programme national ambitieux sur la pertinence et la désescalade thérapeutique en cancérologie. Différents leviers pourraient être mobilisés : recommandations de bonne pratique, intégration aux dispositifs de certification et d'accréditation de la Haute Autorité de Santé, renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé et levier financier le cas échéant.
- Des essais cliniques de désescalade thérapeutique existent mais ils ne sont pas financés par les industriels. Dans les essais cliniques la phase 1 détermine la non-toxicité et ensuite la dose tolérable est déterminée (phase 2). Cependant nous le voyons dans les immunothérapies des low doses sont aussi efficaces que les doses maximales comme préconisées suite à l'essai clinique.

## Faut-il que l'Assurance maladie finance des essais de désescalade thérapeutique ?

- Tout essai de désescalade de dose présente un enjeu d'efficacité sur le moyen terme. Ces essais sont pertinents sur les médicaments en oncologie mais également sur la radiothérapie. Le fractionnement réduit le nombre de séances mais très peu la dose.
  - La désescalade devrait explorer la réduction des doses en gardant l'efficacité avec un suivi sur des registres afin de suivre en vraie vie ces patients. Il n'y a aucune certitude sur la non-toxicité de l'hypo fractionnement à moyen et long terme sur les personnes dont les séquelles augmentent dans le temps.

## Sur les génériques et biosimilaires :

### Faut-il aller au bout des politiques incitatives sur la substitution pour les génériques ?

- C'est une évidence et les prescripteurs doivent expliquer aux patients les différences entre princeps et génériques.

### Faut-il modifier les conditions de remboursement des princeps/génériques afin d'encore améliorer la substitution et les gains d'efficacité en lien avec les génériques ?

- Les mesures prévues dans la circulaire [CIR-4/2020](#) doivent être appliquées et maintenues : en cas de rupture de stock nationale avérée des médicaments génériques d'un médicament le pharmacien peut délivrer un médicament princeps sans mention « non substituable » sans remboursement minorée pour le patient et avec l'application du tiers-payant.
- Les ruptures de stocks des formes génériques de certains médicaments se multiplient. Des médicaments princeps sont donc délivrés aux personnes malades mais du fait des règles au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), ces personnes se voient appliquées des restes à charges, y compris pour des personnes bénéficiaires de l'AME ou de la C2S. Ces situations sont de plus en plus fréquentes et peuvent poser des ruptures de soins.
- Selon le CEPS, le Tarif Ajusté (TA) est désormais actif pour les groupes génériques de plus de 24 mois, réduisant l'intérêt des TFR et préservant dans tous les cas l'absence de reste à charge en cas de mention non substituable spécifiée.
- La situation des médicaments génériques non concernés par les tarifs ajustés doit être également traitée.
- Les personnes malades ne sont pas responsables des pénuries, cette double peine est inacceptable (changement de traitement, reste à charge)

### Comment accroître la substitution des biosimilaires ?

- En impliquant les patients dans la démarche et en leur garantissant que le pharmacien ne va pas changer leur biosimilaire tous les mois.
- Il est nécessaire d'avancer collectivement dans un climat de confiance, reprenant les conclusions de l'état des lieux dressé par l'ANSM en février 2022<sup>2</sup>  
*« une substitution ou une interchangeabilité entre deux médicaments biologiques en primo-prescription ou en cours de traitement peuvent aujourd'hui être **envisagées sous-conditions strictes** ...Toutefois, afin de garantir la sécurité de dispensation et d'utilisation des*

---

<sup>2 2</sup> [Etat des lieux sur les médicaments similaires, ANSM, février 2022](#)

<https://ansm.sante.fr/uploads/2022/05/11/20220511-rs-biosimilaires-vf-06052022.pdf>

*médicaments biologiques, l'adhésion des patients et de l'ensemble des professionnels de santé aux conditions et contraintes liées à une possible substitution de médicaments biologiques, l'ANSM propose une substitution progressive en plusieurs phases ciblant dans une première étape un nombre limité mais représentatif de médicaments biologiques. L'objectif principal de cette substitution progressive est d'évaluer, en situation réelle, le circuit de prescription et délivrance suivant une substitution de médicaments biologiques par le pharmacien ainsi que l'information et l'adhésion de l'ensemble des patients et des professionnels de santé. Surveillance, déclaration, et évaluation des effets indésirables devront être incluses dans cette phase de substitution progressive »*

- Les dernières évolutions législatives rendent possible cette substitution après une seule année de commercialisation limitant très fortement toute évaluation en vie réelle.
  - A date, nous ne soutenons pas de mesures complémentaires à l'instar de celles mise en place pour la politique du générique (« tiers payant contre substitution », remboursement sur la base du générique le plus cher »).

## Sur les négociations entre le CEPS et les industriels :

Faut-il augmenter les remises/majorations de remises post AMM des produits en accès précoce ?

- Les remises en Accès précoce devraient être augmentées si les négociations s'allongent, au prorata. En effet les renouvellements d'accès précoces s'enchaînent et ainsi les prescripteurs s'habituent à prescrire ce médicament jusqu'à ce qu'un autre soit validé dans la même classe thérapeutique.

## Sur l'impact sur les marges de distribution des remises :

Faut-il demander aux industriels le remboursement du surcoût de marge de distribution payé par l'Assurance Maladie du fait de l'existence de certains prix faciaux différents des prix nets ?

- Oui

## AUTRES PROPOSITIONS

Pertinence, sécurité des personnes malades et gâchis d'argent public

- L'amélioration de la pertinence des prescriptions de produits de santé doit permettre d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- Les soins non pertinents, à commencer par les surprescriptions sont générateurs d'événements indésirables évitables souvent graves et leur épidémiologie reste méconnu et largement sous-estimé.
- Les conséquences de ce mésusage généré par les prescripteurs sont importantes pour les patients.
- L'assurance maladie elle-même précise dans son rapport charges et produits pour 2024 « Ces prescriptions inadaptées dégradent par nature le rapport bénéfice-risque et entraînent par conséquent une prise de risque pour le patient »
- Les coûts humains et médico-économiques sont importants en générant des dépenses inutiles par notre assurance maladie solidaire.

- De nombreuses actions ont été relativement engagées, aussi bien par la CNAM que les ARS. Les retombées sont cependant encore considérées comme insuffisantes.
- **Nous considérons que 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.**
- **Un travail de grande ampleur doit être mené auprès des prescripteurs.**

#### **A titre d'exemple :**

- Les freins des prescripteurs dans la mise en place d'un formulaire d'encadrement des prescriptions d'antidiabétiques analogues du GLP-1 sont inacceptables.
- La persistance des prescriptions de fluoroquinolones hors recommandations, de l'ordre de 100.000 prescriptions par mois, continuent d'engendrer de lourdes conséquences pour les personnes, généralement non informées des risques graves et invalidants de ces médicaments.
- Ces prescriptions constituent une fraude à l'assurance maladie de près de 2 millions d'euros par mois ou 24 millions d'euro par an.

Répondre aux difficultés d'accès aux médicaments de niveau ASMR5 (absence de progrès thérapeutique ou manque de données)

- Dans la doctrine de la commission de la transparence (CT) 3, la HAS considère que la CT peut être amenée à conclure à une ASMR V au regard de différentes situations, notamment du fait du caractère immature des données. Deux situations sont distinguées :
  1. Le progrès n'est pas démontré (en cas de démonstration fondée sur une étude de non-infériorité, en cas de mise en évidence d'une différence cliniquement non pertinente, etc.
  2. La valeur ajoutée du médicament est incertaine (les données disponibles à la date de l'évaluation ne permettent pas d'apprécier la valeur ajoutée du médicament).
- Le CEPS n'établit pas cette distinction : la lettre d'orientation des ministres à l'endroit du CEPS précise qu'une indication sans ASMR doit permettre de réaliser des économies dans le coût de traitement pour cette indication, qui devrait se traduire par un prix inférieur au prix du comparateur le moins cher<sup>4</sup>.
- L'accès à la liste en sus n'établit pas cette distinction : les médicaments avec une ASMR 5 peuvent être inscrits si et seulement si leur comparateur est déjà inscrit sur la liste<sup>5</sup>. Le défaut d'inscription sur la liste de médicaments onéreux provoque des inégalités d'accès aux médicaments sur le territoire en fonction de la capacité des établissements à en assurer le coût.
- En conséquence, la fixation du prix et in fine l'accessibilité de certains traitements sans ASMR dont la valeur ajoutée est incertaine- est parfois problématique, principalement pour les maladies rares, également affectées par des délais nécessairement longs pour collecter de nouvelles données nécessaires à une réévaluation par la HAS.
- Nous proposons de permettre au CEPS de distinguer les différentes situations des médicaments de niveau 5.

<sup>3</sup> [Doctrine de la commission de la transparence \(CT\) Principes d'évaluation de la CT relatifs aux médicaments en vue de leur accès au remboursement, adopté par la CT le 15 février 2023](#)

<sup>4</sup> [Lettre d'orientation des ministres, 17 aout 2016](#)

<sup>5</sup> [Article R162-37-2 du code de la sécurité sociale](#)

➤ Nous proposons d'ouvrir une inscription temporaire à la liste en sus à certains médicaments de niveau ASMR 5 avec une valeur ajoutée incertaine. Cette inscription temporaire en attente de données complémentaire, impliquerait un retrait de la liste si les données ne sont pas fournies.

• Liste en sus et pertinence (oncologie)

➤ La « liste en sus » est un bon dispositif qui rend les médicaments accessibles équitablement sur tout le territoire. Mais à l'inverse les prescripteurs ne suivent pas les recommandations de prescription de ces médicaments onéreux. À l'inverse des tests en oncogénétique sur les tumeurs ou bien par biopsies liquides ne sont pas remboursés avec un reste à charge pour les établissements de la moitié des frais engagés. En conséquence les prescripteurs prescrivent des thérapies cibles à tous les patients alors que ces médicaments ne sont efficaces uniquement quand la tumeur du patient contient la cible.

Ils engendrent deux effets collatéraux :

- Des effets indésirables majeurs sur les patients sans aucune efficacité car la cible est absente
- Une dépense majeure pour l'assurance maladie qui rembourse ces thérapies ciblées distribuées en officines de ville.
- Des immunothérapies sont prescrites sans respecter les prérequis de leur efficacité.

#### Accès direct au médicament : un dispositif à penser pour les personnes malades

• Ce dispositif expérimental a été initialement mis en place dans une logique « industrielle » avant d'être pensé pour les personnes malades.

Nous avons notamment identifié les problématiques suivantes :

- Concernant Hemgenix (Hémophilie), le calendrier accéléré n'a pas été à l'avantage des patients. L'aspect organisationnel -non demandé dans le dossier déposé par l'industriel- interroge compte tenu des spécificités de ce produit, les nombreuses craintes sur l'efficacité, la tolérance, la nécessité d'une longue préparation à l'injection et de l'impossibilité de retour en arrière pour les personnes malades ;
- Concernant le Shingrix (prévention du zona), la seule possibilité de prise en charge en pharmacie hospitalière a provoqué des problématiques d'accès pour ce vaccin très attendu par les personnes immunodéprimées ;
- Un risque de prise d'otage des personnes malades par les industriels dans les situations de sortie d'accès direct : à défaut de tarification, le laboratoire peut également retirer le produit par crainte d'une décision unilatérale de fixation du prix ([avenant à l'accord cadre LEEM -CEPS du 20 juin 2024](#))

➤ Notre proposition : créer un cadre de concertation des parties prenantes, incluant les associations de patients concernées, pour étudier toute demande d'octroi pendant les 45 jours d'étude du dossier.



**Contribution France Assos Santé**  
**Rapport charges et produits 2026**

### **Volet Prise en charge et couverture des maladies chroniques**

En propos liminaires, France Assos Santé souhaite souligner que concernant la question des maladies chroniques, on ne peut se limiter à une approche d'économies à court terme sans évoquer le fond de la problématique, qui est bien **la prévention contre ces maladies chroniques**, avec une vision de long terme, permettant d'améliorer la santé globale des personnes, source d'économies substantielles.

Il est par ailleurs nécessaire de replacer plus globalement les pistes générales d'économie sur notre santé, d'autant plus quand des contributions financières supplémentaires sont demandés aux usagers. Nous rappelons que les personnes atteintes de maladies chroniques sont aussi celles qui accusent le plus de reste à charge, « officiels » et « non officiels ».

#### **D'importantes marges se situent également autour de la pertinence des soins.**

- CF nos différentes contributions sur les autres volets (prévention, pertinence, financiarisation..)

Il nous parait également essentiel de repenser la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre d'un parcours, identifié dans un protocole de soins qui doit reprendre toute sa place dans cette prise en charge.

#### **Sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques**

- Comment renforcer le rôle du médecin traitant, central dans la coordination de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, aux différentes étapes de la pathologie pour en éviter ou retarder l'aggravation ?
- Faut-il mettre en place de nouvelles organisations de coordinations des parcours de soins des personnes souffrant de pathologies chroniques ?

Plus que le renforcement du rôle du médecin traitant, afin d'assurer le suivi des parcours des patient-e-s atteint-e-s de pathologie chronique et d'endiguer les inégalités d'accès aux soins

dans la situation de pénurie actuelle, il convient de faire reposer la coordination de ces parcours sur une **équipe de soins traitante**, au centre de laquelle se trouve bien sûr le médecin. En effet, le médecin traitant est censé être le pivot du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques, mais se retrouve dans les faits souvent confronté à une charge de travail importante, un manque de temps pour la coordination et une complexité croissante des parcours.

Pour améliorer la coordination des parcours de soins et éviter notamment les ruptures de parcours, il conviendrait d'activer plusieurs types de leviers en même temps :

- ✓ A l'instar des expérimentations article 51, développer un mode de financement par équipe de soins traitante et clarifier les rôles de chacun. Ex. Projet PRADO Insuffisance cardiaque : coordination renforcée post-hospitalisation, baisse des réhospitalisations. Autre ex. : Projet Article 51 en CPTS pour le diabète : binômes médecin-infirmier, amélioration de l'équilibre glycémique et de la prévention.
- ✓ Systématiser un-e Infirmier-e en Pratique Avancée (+ assistant-e médical-e) dans chaque équipe de soins primaires (1 IPA pour 2500 hab. comme pour les pharmacien-ne-s) pour le suivi des maladies chroniques
- ✓ S'appuyer sur les assistant-e-s territoriales/aux – préalablement suffisamment formé-e-s – pour libérer du temps médical aux médecins (selon une étude menée par l'Assurance Maladie en 2021, les assistant-e-s médicales-aux ont permis de réduire de 50% le temps passé par les médecins à réaliser des tâches administratives, leur permettant ainsi de prendre jusqu'à 10% de patient-e-s en plus chaque année, selon l'IRDES)
- ✓ Développer des logiciels intuitifs et interopérables. Imposer que les documents médicaux soient systématiquement versés dans Mon Espace Santé
- ✓ Intégrer dans les parcours, lorsque c'est pertinent, la téléexpertise et le télésuivi
- ✓ Soutenir les nouvelles organisations via des financements pérennes pour les ESP et CPTS
- ✓ Valoriser le temps passé à la coordination et aux échanges interprofessionnels
- ✓ Former les médecins à la coordination de parcours : formations DPC ciblées sur la coordination
- ✓ En parallèle, flécher toutes les aides individuelles de l'assurance maladie vers les structures d'exercice collectif / les CPTS

- Quelles orientations dans les offres portées par l'Assurance maladie auprès de ces personnes atteintes de pathologies chroniques ?
- De nouveaux dispositifs sont-ils nécessaires ou devons-nous faire évoluer les dispositifs existants ?

Le dispositif SOPHIA a montré des résultats très positifs, nous estimons que celui-ci aurait vocation à se développer à d'autres situations de santé. Il est impératif de développer également les actions d'aller vers les populations les plus éloignées du système de santé, notamment concernant la prévention. L'assurance maladie pourrait valoriser l'**éducation thérapeutique** également en l'intégrant dans les actions d'accompagnement proposées.

- Quel accompagnement pour les personnes souffrant de pathologie en lien avec la santé mentale ?

Encore une fois **la prévention** tient un rôle central en matière de santé mentale. La question de la santé mentale devrait être renforcée dans l'ensemble des formations, initiale et continue, des professionnels de santé, notamment des médecins.

**Implémenter des programmes de dépistage systématique** dans le cadre de la médecine de ville, par exemple créer **une consultation spécifique chez le médecin traitant de repérage des signes précoces** de troubles mentaux et à orienter rapidement les patients vers des spécialistes. Une réflexion serait à engager sur les modalités de cette consultation.

**Créer des parcours de soins mieux coordonnés avec une équipe pluridisciplinaire** qui intègre à la fois les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et autres acteurs médico-sociaux. Cela permettrait aux patients de bénéficier d'un suivi global et d'éviter les ruptures de parcours avec une approche plus complète, un suivi à long terme, et une attention particulière à tous les aspects de la santé mentale du patient. Inciter les CPTS à intégrer le volet Santé mentale dans leurs objectifs.

**Développer des structures de soins de proximité** : L'accès aux soins psychiatriques en milieu rural ou dans des quartiers prioritaires peut être un défi. Il serait utile de renforcer les centres de santé mentale communautaire ou d'offrir des consultations mobiles, afin de permettre aux personnes vivant dans ces zones d'accéder plus facilement aux soins.

**Favoriser les réseaux de soutien entre pairs** : Encourager la création de groupes de soutien entre pairs, où les proches ou les patients eux-mêmes peuvent partager leurs expériences et conseils. Cela pourrait permettre de déstigmatiser les troubles mentaux et d'apporter un soutien émotionnel essentiel.

**Soutenir davantage les programmes de réhabilitation psychosociale** qui permettent aux patients de se réintégrer dans la société, notamment en les aidant à rétablir des relations sociales et professionnelles, en améliorant leur autonomie et en réduisant l'isolement.

Il pourrait aussi être intéressant de réfléchir à une prise en charge étendue de différents types de thérapies, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies d'acceptation et

d'engagement (ACT) ou les thérapies basées sur la pleine conscience (Mindfulness), qui peuvent apporter des réponses à des troubles d'anxiété qui se chronicisent.

### Sur le rôle du patient

- Comment renforcer le rôle et l'engagement du patient / assuré dans les différentes étapes et notamment au moment de son entrée en ALD ou encore en sortie dans sa surveillance ?

En premier lieu il est nécessaire que l'ensemble des acteurs du système de santé change de regard sur le patient. Celui-ci doit être appréhendé comme l'acteur principal de sa santé, et pour ce faire être réellement pris en compte. Cela implique de développer l'éducation à la santé pour qu'il ait les clés lui permettant réellement d'être acteur de son parcours, mais aussi de développer la décision médicale partagée et d'intégrer les PROMS, PREMS et CROMS dans l'ensemble du parcours de santé afin que le patient se sente réellement intégré et pris en compte.

L'implication du patient passera nécessairement par :

- L'éducation thérapeutique
- L'utilisation d'outils comme le Plan personnalisé de soins
- Le partage de bilans de suivi avec le patient

### Sur le dispositif de prise en charge des affections de longue durée :

- Est-il nécessaire de mettre en place des ajustements sur les modalités d'entrée et sorties dans le dispositif pour le rendre plus réactif ?

Nous identifions **des risques de rupture d'ALD du fait de la pénurie de médecins traitants**, près de 500.000 patients en ALD n'ont toujours pas de médecin traitant, or les demandes et renouvellement de l'ALD doivent être effectuées par le médecin traitant. Un médecin spécialiste qui ne serait pas médecin traitant, ne peut qu'initier une première demande, valable 6 mois maximum.

Nous proposons donc :

- D'étendre la possibilité de la première demande et du renouvellement de l'ALD par le médecin spécialiste, voire par une IPA pour les renouvellements.
- D'augmenter les durées de certaines ALD, voire pour certaines de revenir à la possibilité d'ALD à vie.
- De permettre des renouvellements automatiques par l'Assurance maladie sur la base de la consommation de soins.

Concernant la sortie d'ALD, il pourrait être utile d'analyser le dispositif Post ALD tel qu'il existe pour le cancer, pour voir si une extension à d'autres pathologies serait pertinent.

- Face au vieillissement de la population et l'évolution épidémiologique, le dispositif des ALD, central dans la prise en charge des pathologies chroniques en France doit-il évoluer ?

Ce qui doit évoluer en premier lieu est **l'intégration dans le panier de soins de la prévention et de l'éducation thérapeutique** pour éviter ou retarder au maximum les complications. Nous sommes particulièrement interrogatifs aussi sur la qualité de la prise en charge proposée. **La stratégie médicamenteuse, quasi exclusive, et la tarification à l'acte, ne correspondent pas à une prise en charge qualitative.** Si nous prenons l'exemple d'un patient venant d'être diagnostiqué diabétique de type 2, il apparaît que le meilleur traitement est l'activité physique et une alimentation adéquate, en lien avec des professionnels, diététicien, enseignant sportif, qui aujourd'hui ne sont pas conventionnés avec l'Assurance maladie, et très peu en lien avec les médecins libéraux, particulièrement en exercice isolé.

Nous considérons **qu'une prise en charge plus globale du patient, par une équipe pluriprofessionnelle**, comprenant notamment des professionnels qui aujourd'hui ne sont pas reconnus dans le parcours de soins, avec une **tarification globale**, serait très clairement plus optimale et plus efficiente en termes de santé et d'économies.

Nous prôtons **la reconnaissance d'une équipe de soins traitante**, composée de l'ensemble des professionnels nécessaire au parcours de soins du patient, médecin généraliste, spécialistes, paramédicaux, voire d'autres disciplines complémentaires si la pathologie le nécessite, telle que l'activité physique, car aujourd'hui malgré des modes d'exercice collectifs, l'organisation des professions de soins reste individuelle. L'entrée dans le parcours d'une personne malade chronique pourrait très bien, dans certains cas, se faire par d'autres professionnels de santé que le médecin, surtout au regard de la pénurie de médecins traitants (pour rappel encore 500.000 personnes en ALD n'ont pas de médecin traitant) et le moindre temps médical accordé.

**Concernant le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail ALD**, celui-ci est trop rigide dans la mesure où la période de 3 ans est fixée de date à date. Cette période de 3 ans doit être conservée pour les situations qui nécessitent des arrêts longs avant une reprise de l'activité professionnelle, mais elle pénalise les personnes qui souhaitent maintenir leur activité professionnelle, car elles se voient privées d'indemnités à l'issue de la période de 3 ans, même si elles ont eu peu d'arrêts. Il est en effet nécessaire de reprendre son activité pendant 1 an continu sans aucun arrêt pour rouvrir une nouvelle période de droits, ce qui est très difficile pour beaucoup de personnes malades chroniques. Cette disposition est injuste et n'encourage pas la reprise professionnelle, alors même que de nombreuses personnes pourraient poursuivre leur activité. Nous proposons donc une modification de la réglementation qui permettrait de maintenir cette possibilité d'arrêt de longue durée sur 3 ans pour les situations qui le justifient, mais qui favoriserait la reprise de l'activité pour les personnes qui le peuvent. Cette modification consisterait à permettre aux personnes qui ont eu moins de 360 jours d'arrêts sur la période de droits, de continuer à bénéficier d'IJ jusqu'à hauteur de 360 jours, sans la limitation d'un an introduite par la circulaire de 2015<sup>1</sup>. Par ailleurs pour faciliter la réouverture des droits en cas de fin de droits, nous proposons que la période de reprise

---

<sup>1</sup> [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste\\_20150006\\_0000\\_0091.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0091.pdf)

effective d'activité d'un an puisse être discontinuée, revenant ainsi à juste reporter la date d'ouverture de droits du nombre de jours d'arrêts prescrits pendant cette période : exemple une personne a épuisé ses droits aux IJ ALD le 31 mars 2025, elle ne peut rouvrir des droits que si elle a repris son activité sans aucun arrêt lié à l'ALD jusqu'au 30 mars 2026. Nous proposons que si la personne a un arrêt de 10 jours, par exemple, entre le 1<sup>er</sup> avril 2025 et le 30 mars 2026, sa date d'ouverture de droits soit décalée de 10 jours, soit le 10 avril 2026. Ces dispositions encourageraient la reprise de l'activité professionnelle en sécurisant l'indemnisation des arrêts plus courts.

• Quelles approches pourraient être évoquées dans le rapport au regard d'évolutions pertinentes du système des affections de longue durée ? :

- Approche financière sur les niveaux de reste à charge de type bouclier sanitaire ;
- Approche par la définition de listes d'actes et prestations rendues opposables de manière stricte (liste d'actes et prestations prises en charge à 100%) et/ou sur l'identification d'actes et prestations qui n'ont pas vocation à être pris en charge à 100%);
- Approche basée sur la définition de niveaux de gravité de pathologies et panier d'actes et prestations associés adaptés à ces situations de santé ;
- Déploiement de parcours santé globaux (prévention, prise en charge et suivi, surveillance...) pour les pathologies au-delà du dispositif ALD
- Autres propositions ...

• Afin d'assurer la pérennité du système de prise en charge des affections de longue durée, l'Assurance Maladie doit saisir la HAS sur une éventuelle progressivité de la prise en charge pour adapter notre système aux évolutions épidémiologiques et de prise en charge récente des pathologies chroniques ?

France Assos Santé est opposée à toute restriction du régime ALD, concernant **le bouclier sanitaire celui-ci induira une pénalisation de la grande majorité des ALD** qui auront encore plus de restes à charge (RAC). Sans compter qu'au-delà des RAC bien identifiés il existe des dépenses liées à la santé non prises en compte dans les comptes sociaux, qui pèsent pourtant lourd dans le budget de ces personnes. Notre récente enquête<sup>2</sup> portant sur 3100 personnes fait état de restes à charges « invisibles » de plus de 1550€ qui s'ajoutent aux restes à charge officiels, et de 53% de personnes qui renoncent déjà à des soins pour raisons financières. Nous rappelons également que les personnes en ALD sont en majorité des personnes âgées, non couvertes par les complémentaires santé collectives, et qui doivent donc consacrer un budget important, si elles souhaitent se couvrir avec une complémentaire santé individuelle. Nous excluons donc formellement cette solution.

---

<sup>2</sup> [https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9\\_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/](https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/)

**Concernant le double niveau d'ALD**, sa mise en œuvre serait extrêmement complexe, et également inutile **si l'on recentre le dispositif ALD comme un parcours de soin, et non comme un simple acte administratif**. Cela passe par le fait de remettre le Protocole de soins au centre du dispositif.

Nous proposons de travailler sur le protocole de soins, en ayant au cœur du parcours la qualité et la pertinence. Pour ce faire, il sera nécessaire d'élaborer des paniers de soins souples, qui **intègrent la prévention et l'éducation thérapeutique**, avec des exigences de pertinence dans les prescriptions des professionnels de santé. Dans l'exemple cité plus haut, un patient qui entrerait en ALD suite à la découverte d'un diabète de type 2 débutant devrait être pris en charge dès le départ dans le cadre de la prévention : alimentation, activité physique et de l'éducation thérapeutique, qui serait inscrit dans un parcours avec un accompagnement pour éviter les complications. Nous préconisons par ailleurs **une approche au parcours avec une équipe pluriprofessionnelle et une tarification globale**.

Pour conclure nous tenons à rappeler que le régime ALD est avant tout une disposition, inscrite dans les valeurs fondamentales de la Sécurité Sociale et de la Solidarité nationale, de protection des personnes les plus fragilisées par la maladie, et nécessitant une prise en charge attentionnée et des soins coûteux sur une longue durée.

L'impact de la maladie chronique sur la vie quotidienne, professionnelle, familiale et la qualité de vie d'une manière globale est souvent important également et à ne pas négliger.

Pour assurer la pérennité du système de prise en charge nous défendons qu'il faut avant tout améliorer la santé de la population. Il est donc nécessaire de se positionner sur une vision de long terme en mettant en œuvre une politique globale, interministérielle, du financement de la santé avec une stratégie concernant la prévention, la pertinence des prescriptions et des soins, la remise en cause des rentes de situation en santé et le bon usage des produits de santé. Cela nécessite aussi d'interroger les modalités de financements qui n'apportent pas d'amélioration dans l'accès et la qualité des soins et le retard dans la prise en compte d'indicateurs patients.



## Contribution France Assos Santé Rapport charge et produits 2026

### Volet Fraude

En propos liminaires France Assos Santé souhaite affirmer **son total soutien à l'Assurance maladie dans la lutte contre la fraude**, quelle qu'elle soit, qui vient nuire non seulement à notre système de protection sociale, mais par extension à l'ensemble des usagers. Il nous paraît utile de rappeler que près de 80% du montant de la fraude relève des structures et des professionnels de santé, il apparaît donc prioritaire de diriger les actions pour lutter contre ces pratiques ruineuses. Les usagers doivent aussi être informés des conséquences de la fraude, que ce soit de leur fait, ou celle des professionnels de santé qu'ils consultent.

Il est cependant nécessaire de bien distinguer ce qui relève réellement de la fraude, de ce qui relève de la pertinence, de la méconnaissance, voire d'erreurs. De même nous sommes vigilants à ce que l'empilement des mécanismes mis en place ne constituent pas in fine un frein à l'accès aux soins des usagers.

### La sécurisation des flux pour limiter le risque de fraude et améliorer la qualité de la facturation :

→ Vérification obligatoire des droits des assurés par le PS (ADRI) en l'absence de carte vitale ?

Nous sommes favorables à la vérification des droits des assurés via ADRI, même si la norme doit rester la présentation de la carte vitale, il existe des situations où l'assuré peut ne pas l'avoir sur lui (perte, vol, oubli) et pour autant nécessiter la délivrance d'un acte, soin ou prestation, et la base ADRI peut permettre de faciliter l'accès aux soins. Le dispositif ADRI est assez largement diffusé donc utilisable globalement. Nous soulignons toutefois que les fraudes avec usurpation de droits sont rares, dans la très grande majorité des cas, dans les fraudes aux fausses ordonnances par exemple, cela se réalise avec les droits de la personne qui sont bien ouverts. Il convient donc si ce dispositif est mis en place qu'il ne le soit pas simplement au nom de la lutte contre la fraude pour lequel il aura un impact minime, mais plutôt pour faciliter l'accès aux soins. Ce mécanisme permet de ne pas entraver l'accès aux soins et n'empêche pas la nécessaire information et la pédagogie auprès des assurés sur la nécessité d'avoir sa carte vitale.

— Extension / généralisation du dispositif « tiers-payant contre carte vitale » (sauf cas exceptionnels : EHPAD, AME, oubli isolé) comme mis en place pour les audioprothésistes ?

Comme indiqué à la question précédente, la norme doit être la présentation systématique de la carte vitale. Une communication vers les usagers devrait être réalisée par les pharmaciens (d'ailleurs certains commencent à informer leurs patients).

Nous ne sommes donc pas opposés à ce dispositif, nous tenons néanmoins à souligner que le dispositif ADRI doit permettre de réaliser de manière sécurisée le tiers-payant même sans la carte-vitale. Bien qu'il soit pertinent d'encourager et d'habituer les assurés à utiliser leur carte-vitale au point de soin, le conditionnement de certaines délivrances ou actes à la présentation de la carte vitale n'apporte donc pas plus de sécurité que le recours au service ADRI. Cette mesure peut donc être redondante et inutile dans la lutte contre la fraude et représenter un frein pour les usagers dans l'accès aux soins et aux produits de santé qui leurs sont nécessaires / prescrits.

En tout état de cause nous identifions la nécessité d'avoir une certaine souplesse pour certaines situations :

- Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale il est donc impératif qu'une information claire soit donnée aux professionnels de santé sur le fait qu'ils ne sont pas concernés et doivent se voir appliquer le tiers-payant
- Une attestation papier doit continuer à permettre l'exercice du tiers payant si elle est toute récente (par ex des personnes qui sont loin de chez elle et qui la téléchargent en direct sur le compte AMELI) d'autant qu'elle permet la consultation de la base ADRI
- Pour les personnes qui se rendent chez un professionnel de santé habituel qui les connaît bien, laisser la possibilité de tiers-payant en cas d'oubli de la carte vitale avec consultation de la base ADRI
- Pour les personnes malades se présentant en pharmacie pour retirer leurs médicaments, nous demandons que l'application du tiers payant sans présentation de la carte vitale puisse être conservée de manière exceptionnelle pour les traitements au long cours précédemment **délivré dans la même pharmacie**. Cette modalité nécessite la consultation de la base de la pharmacie concernée, à défaut de pouvoir consulter le DP
- Pour les personnes ayant recours à une tierce personne/ aidant pour retirer leurs traitements (situation très fréquente), Une disposition similaire à celle susmentionnée doit pouvoir être appliquée
- **Problématique identifiée pour les établissements médicaux sociaux dont foyers d'accueils médicalisés (FAM) ou maisons d'accueil médicalisées (FAS)**  
Pour les médicaments hors forfait (principalement des médicaments onéreux) nous craignons des difficultés en routine pour les professionnels chargés de réceptionner les médicaments pour de nombreux résidant en pharmacie de ville.
- **Problématique identifiée face aux pénuries de médicaments**  
Les interminables ruptures de médicaments obligent les patients à se rendre dans plusieurs pharmacies. Une solution doit être trouvée pour que ces patients ne subissent pas une double peine lors de l'oubli ou perte de leur carte vitale (trouver le

médicament disponible dans une autre pharmacie que leur pharmacie habituelle, non application du tiers payant)

— Utilisation obligatoire de la télétransmission sécurisée SEFI et de la géolocalisation par les transporteurs sanitaires et taxis ?

La fraude des transporteurs doit être combattue, car si elle spolie l'Assurance maladie, elle contribue en outre à une dégradation de l'offre et de la qualité des transports des patients. Nous sommes favorables aux dispositifs qui permettent de mieux encadrer et de contrôler la fraude des transporteurs qui pèse aujourd'hui sur les usagers.

Il sera également nécessaire d'évaluer plus précisément les trajets effectués dans le cadre du parcours des patients, et notamment les conditions imposées des transports partagés, tels que la distance des détours, mais aussi les temps de trajets réels.

France Assos Santé prône par ailleurs pour une réforme du financement des transports, notamment pour les personnes ayant recours de manière régulière aux transports, en les intégrant dans le parcours de soins global, y compris avec des indicateurs qualité.

Le transport intégré dans le financement d'un parcours de soins est un moyen efficace de lutter contre la fraude et favorise la pertinence et la qualité.

**La fiabilisation de la chaîne de la prescription à la facturation :**

— Contrôles embarqués obligatoires (et non modifiables) dans les outils de facturation des PS ?

Oui. L'implémentation directement des règles de facturation dans les logiciels des professionnels de santé qui permettent la facturation (actes incompatibles, etc.) peut être pertinente. Attention à ce que la complexité des règles dans certains cas ne vienne poser des difficultés supplémentaires et représente un frein dans la prescription des actes et produits y compris quand cela pourrait être pertinent dans certains cas particuliers. En particulier des craintes sur les facturations par les auxiliaires médicaux, pour lesquels les difficultés de facturation des actes (limites par jour, etc.) pourraient poser des problèmes d'accès aux soins pour les usagers.

— Généralisation d'ADAC pour les pharmaciens (vérifications des règles de dispensation) ?

Nous sommes favorables à la généralisation de tous les outils qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il sera néanmoins nécessaire qu'un dialogue s'instaure entre le pharmacien, le patient et le prescripteur en cas de détection d'une anomalie de consommation. Le système d'ADAC expérimenté notamment dans les dispositifs médicaux pour les patients diabétiques et également pour les benzodiazépines se montre assez convaincant et permet le suivi dans certains cas des délivrances réalisées, avec un délai rapide de remontées des données. Compte tenu des éventuelles indisponibilités techniques de ce type de téléservice, il reste important que les éventuelles difficultés d'accès ne pèsent pas sur l'accès aux soins des usagers et ne conduisent de manière indue à refuser la prise en charge du patient / délivrance de produits de santé nécessaires. Le recours aux ADAC doit donc rester extrêmement ponctuel et ne viser que quelques produits bien définis dans les

priorités d'action de l'Assurance maladie pour une période prédéfinie et limitée dans le temps, avec une évaluation de l'impact du dispositif.

Attention cependant à ne pas confondre les actions réalisées dans le cadre de la lutte contre les fraudes et celles mises en place pour l'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions. S'il est pertinent de suivre les éventuelles fraudes aux fausses ordonnances pour les benzodiazépines par exemple, en lieu et place du recours non conforme au Dossier Pharmaceutique que nous observons régulièrement au détriment du consentement des usagers, dans de nombreux cas c'est la pertinence médicale de la prescription et son adaptation au cas du patient qui seront mis en cause et non une volonté de fraude.

→ Permettre la généralisation de l'ordonnance numérique à d'autres types de prescription (biologie, radiologie puis paramédicaux), en créant des bases de données structurées (afin que l'ordonnance numérique véhicule de la donnée – et pas comme l'écrit – comme pour les médicaments) ?

Nous sommes favorables à l'extension de l'ordonnance numérique à d'autres actes et soins. Celle-ci sera un outil efficace pour se prémunir contre les fausses ordonnances. En outre cela permettra de mieux connaître les habitudes de prescriptions des prescripteurs et d'améliorer la santé publique vers des interventions non médicamenteuses (Kiné, soutien psychologique, APA..) en première intention, au lieu de prescrire sans essayer de modifier les habitudes néfastes à la santé.

→ Donner la possibilité à l'Assurance Maladie d'utiliser les données issues de l'ordonnance numérique pour vérifier la concordance entre la prescription et le produit délivré par le pharmacien (et à l'avenir avec tout acte facturé sur prescription) ? Utiliser directement la lecture de l'ordonnance numérique pour la facturation par le pharmacien à l'Assurance Maladie ?

L'utilisation des données pour vérifier la concordance rejoint la pertinence et l'efficacité, mais nous alertons sur des points de vigilance et des risques d'entraver l'accès aux soins lors des contrôles a priori. Attention à ne pas restreindre les possibilités de modification des ordonnances (interventions pharmaceutiques, décomposition des analyses requises pour réaliser des « bilans exploratoires biologiques » prescrits tels quels, etc.). Le risque est de ne pas lutter contre la fraude, car la fraude n'apparaîtra pas sur les données évoquées (pas de remplacement d'un produit facturé par un autre) mais simplement de créer de nombreuses situations où une discordance légitime entre l'ordonnance numérique et la délivrance entraînera par défaut un rejet de remboursement non légitime. Cela pèsera sur l'accès des assurés aux produits de santé en particulier qui leur seront nécessaires notamment en cas de besoin d'adaptation (pénurie, intervention pharmaceutique, etc.) avec une réticence des professionnels (pharmacien notamment) à réaliser des interventions / adaptations si elles sont synonymes de rejet probable automatiquement.

Donc attention à une éventuelle généralisation, beaucoup d'effets de bords en défaveur de l'accès en soins que nous anticipons pour les contrôles « a priori ». Il serait souhaitable de restreindre la possibilité de recourir à ces données uniquement dans des contrôles « a posteriori » réalisés avec des agents de la caisse / service médical. Dans de nombreux cas, quand la caisse réalise des rejets et réclame des indus aux usagers, ils n'ont que très peu de voies de recours efficaces (compréhension du système, réponses inadaptées, lenteur des

procédures, etc.), il n'est donc pas acceptable de faire peser sur eux une telle mesure qui n'impacterait par ailleurs pas la fraude et n'a donc pas sa place dans la réflexion présente.

Nous appelons également à une vigilance sur l'utilisation de l'IA, car aujourd'hui l'IA et les traitements algorithmiques ne sont utilisées que pour détecter des « fraudes présumées » qui comprennent également de très nombreuses erreurs de facturation involontaires qui n'ont rien à voir avec une volonté malveillante de fraude. Il n'est pas envisageable de faire peser sur les professionnels, ou les assurés, des contrôles qui ne permettraient pas de faire la différence et traiteraient de la même manière ces pratiques.

#### **Le contrôle de la facturation avant paiement :**

→ Alléger l'obligation de paiement en 7 jours lié la garantie de paiement des professionnels de santé, pour améliorer les contrôles avant paiement et éviter les indus ? De façon ciblée ou pour tous types de paiements

Nous identifions un **risque important d'abandon du tiers-payant** de la part des professionnels de santé, en cas d'allègement de l'obligation de paiement en 7 jours (d'ailleurs déjà pas toujours respecté) sachant que le délai de paiement tardif a longtemps été un argument pour la non application du tiers-payant. Cette mesure ne pourra donc être mise en œuvre que de manière ciblée, ou en mettant en œuvre **une obligation de tiers-payant**, pour éviter les renoncements aux soins que cela pourrait entraîner. Dans de nombreux cas, quand la caisse réalise des rejets et réclame des indus aux usagers, ils n'ont que très peu de voies de recours efficaces (compréhension du système, réponses inadaptées, lenteur des procédures, etc.), il n'est donc pas acceptable de faire peser sur eux une telle mesure qui impacterait par ailleurs très peu la fraude.

#### **formation des professionnels libéraux à la facturation pour éviter les erreurs :**

→ Obligation de formation à la facturation pour les PS conventionnés avec l'AM ?

Au regard de la multitude d'actes existants et des règles parfois complexes, nous considérons que la cotation des actes doit faire partie de la formation des professionnels de santé, et se poursuivre quand des changements surviennent. Cette formation devrait être obligatoire et permettra d'être garante de la connaissance des règles de facturation. Elle permet en outre d'identifier également les temps des actes pour maintenir des critères de qualité et de sécurité des soins.

→ Obligation de repasser une formation à la facturation voire dé conventionnement des PS effectuant trop d'erreurs de facturation ?

Nous sommes favorables à l'obligation de repasser une formation en cas d'erreurs répétées, voire à des sanctions en cas de récurrence. Nous considérons que le déconventionnement ne peut être opéré qu'en cas de fraude manifeste et importante et pas en cas d'erreurs et de bonne foi, d'autant que si un nombre important de déconventionnement intervient, nous n'aurons jamais assez de professionnels de santé. D'autres options existent en cas d'erreurs

trop fréquentes, comme la mise sous entente préalable. En cas de déconventionnement il sera nécessaire d'informer les patients des conséquences en termes de prise en charge et leur de proposer un accompagnement pour les orienter vers un professionnel conventionné s'ils le souhaitent.

→ Généraliser un indicateur de qualité de la facturation (sur le modèle de celui pour les pharmaciens) dans toutes les conventions nationales avec les professions de santé ?

Nous sommes en tout état de cause favorable aux indicateurs de qualité, y compris dans la facturation et donc à leur généralisation aux autres professions de santé

### **La lutte contre les pratiques abusives et frauduleuses des professionnels de santé :**

→ Fixer des seuils d'activités / de revenus par catégorie de professionnels de santé au-delà desquels l'AM ne paierait plus ?

Tout d'abord nous nous interrogeons sur ces mesures dans le cadre de la fraude plutôt que dans le cadre de la pertinence. Soit il s'agit de facturations frauduleuses, et une sanction du professionnel doit être prononcée, soit il s'agit de mauvaise pratique, sans volonté de fraude et dans ce cas il faut agir sur le respect des recommandations.

Il est nécessaire de cibler les facturations atypiques et de contrôler systématiquement la réalité et le bien fondé des actes facturés. Nous sommes néanmoins opposés à toute pénalisation du patient, dans le cas où les actes lui auraient été facturés directement, il n'est pas question qu'il soit sanctionné et responsable des facturations abusives des prescripteurs.

Il existe parallèlement un sujet sur le rapport facturation/qualité, et il faudrait identifier un temps minimal par acte car des consultations qui ne durent pas plus de 6 minutes restent un contre sens de la sécurité des soins, surtout quand le médecin ne cesse de parler sans aucune écoute du patient. Les revenus des médecins sur des moyennes varient par ailleurs du simple au quintuple sans parler des disparités au sein d'une même spécialité.

→ Limiter les possibilités de (re)conventionnement de PS sanctionnés pour fraude ou impliqués dans des pratiques frauduleuses (par exemple dans des centres de santé) ?

Nous approuvons mais dans les sanctions contre les centres de santé, il faudrait récupérer les contrats de travail des professionnels pour avoir leur mode de rémunération pour identifier le pourcentage en intéressement et recueillir les bulletins de salaires afin de repérer les plus fraudeurs avec un chiffre d'affaires anormalement élevé.

Ces professionnels ne devraient pas pouvoir se reconventionner car des usagers par ces pratiques ont évidemment subi des actes inutiles, voire des actes mutilants (centres dentaires) Dans les centres de santé les contrats de travail devraient être au temps passé et non proportionnel au chiffre d'affaires réalisé.

En tout état de cause le conventionnement ou le reconventionnement des Professionnels de santé impliqués dans des pratiques frauduleuses, devrait être soumis à une procédure spécifique et préalable approfondie par la CPAM.

Il serait aussi nécessaire d'auditer les conditions de travail des salariés avec leurs objectifs car c'est clairement incompatible avec une pratique dans le respect de l'éthique du soin : surtout « ne pas nuire »

Des contrôles à posteriori devraient également être diligentés avec l'élaboration d'un projet de soins, avec devis pour le dentaire, et contrôler si les préconisations sont nécessaires ou relèvent du sur traitement. Finalement ce sont les usagers qui en subissent les conséquences avec parfois des mutilations irréversibles qui représentent une atteinte intentionnelle qui devrait relever des assises.

### **La responsabilisation des assurés dans la lutte contre la fraude :**

— Généraliser une information aux assurés préalablement à tout règlement en tiers payant au profit d'un tiers, pour éviter la fraude ?

Il est important que les usagers aient une information pédagogique sur les facturations, la lecture des décomptes, et les risques de fraude possibles : actes fictifs facturés ou usurpation d'identité (même si dans les faits celles-ci sont très marginales), afin qu'ils puissent être en mesure de repérer les signaux permettant à l'Assurance maladie de réagir.

Plutôt que l'envoi systématique de notifications, qui pourrait avoir un effet négatif sur les usagers qui reçoivent déjà de nombreuses sollicitations, notamment pour les personnes malades chroniques qui peuvent avoir de nombreux soins en tiers-payant et qui risquent d'être vite envahis par ces mails systématiques, il pourrait être plus judicieux de prévoir des messages d'alerte et d'information réguliers, sur le Compte AMELI et l'Espace Santé, sur la vigilance concernant les fraudes de ce type, et des conseils sur et du contenu pédagogique pour pouvoir les repérer et les signaler

— Davantage communiquer sur les risques encourus en cas de fraudes

Nous sommes tout à fait favorables à la communication claire et transparente des conséquences pour les finances publiques et l'accès aux soins, de la fraude, ainsi que des risques encourus. Que ce soit envers les assurés, qu'envers les professionnels de santé, qui rappelons-le sont le plus largement responsables des pertes financières liées à ces pratiques.



## **Contribution France Assos Santé Rapport charge et produits 2026**

### **Volet Financiarisation**

En propos liminaires, France Assos Santé exprime son soutien à la CNAM dans son investissement sur le champ de la financiarisation et du développement des rentes économiques dans le domaine de la santé. Certaines activités de soins comme la biologie, la radiologie, la radiothérapie et la dialyse, affichent des très hauts niveaux de rentabilité, recherchées par des investisseurs financiers. Cette recherche de rentabilité questionne la pertinence des prises en charge, des dérives ainsi que des fraudes ayant été mises en lumière, telles que des facturations d'actes inutiles, voire fictifs, sans compter les atteintes à la santé et la dignité des personnes lors des scandales sur les centres dentaires (Dentexia et Proxidentaires), où des patients ont été volontairement mutilés, ou encore sur les résidents en EHPAD lors de l'affaire Orpéa.

### **Rente économique Optimisation financière**

#### **Transparence sur la composition de l'offre de soins et les mouvements financiers à l'œuvre dans la santé**

- Faut-il rendre obligatoire à chaque offreur de soins la déclaration de son éventuel rattachement à un groupe, groupement, ou réseau ?

Il apparaît nécessaire d'instaurer une obligation de déclaration d'appartenance à un groupe pour tous les offreurs de soins, permettant ainsi une visibilité accrue sur les phénomènes de concentration. Un suivi conjoint CNAM-DREES des mouvements capitalistiques et des niveaux de rentabilité sectoriels devrait être mis en place et donner lieu à des publications régulières accessibles au grand public. Il est important d'identifier les risques de dérives en amont. Les montages entre les SCI et les SAS devrait lever les risques de conflits d'intérêts.

- Faut-il relancer la proposition d'instituer un Observatoire de la financiarisation, ainsi que des situations de rentes et d'optimisation financière ? Si oui faut-il que l'Assurance Maladie en prenne l'initiative ?

Si un "observatoire de la financiarisation", représente une option à laquelle nous sommes favorables, nous identifions un risque, en fonction de sa composition, de voir les positions catégorielles freiner les évolutions nécessaires, notamment le recul du paiement à l'acte et l'introduction de nouvelles modalités de financement orientées "du volume vers la valeur". Il est donc nécessaire que les données soient collectées et analysées en amont par la CNAM et la DREES. Les partenaires sociaux et les représentants d'utilisateurs devront également être partie prenante de cet Observatoire.

### **Indépendance professionnelle // Règles entourant l'ouverture du capital des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) aux investisseurs non professionnels de santé**

- Faut-il clarifier les règles d'ouverture du capital des SEL aux acteurs non professionnels, sur le modèle de la doctrine d'emploi établie par le Conseil d'Etat dans la santé animale suite à plusieurs contentieux opposant l'Ordre des vétérinaires à des investisseurs non professionnels, qui a permis de clarifier les règles de gouvernance à respecter dans les SEL pour être conforme au cadre légal existant (loi de 1990 et ordonnance de février 2023) ?

L'organisation de la santé animale n'est pas de même nature que celle de la santé humaine caractérisée par un nombre important d'acteurs et d'une diversité d'offre de soins.

Les besoins financiers sont d'un autre ordre et surtout concerne aujourd'hui les besoins d'investissement dans la coordination et la gestion des parcours de santé dans le cadre d'organisations nécessairement plus complexes et de plus grande taille.

- Faut-il aller vers un durcissement des règles d'ouverture du capital des SEL dans la lignée des propositions de la mission d'information du Sénat (normes encadrant la détention des droits sociaux et de vote, restriction des actions de préférence, durée minimale d'investissement) ?

Oui, il nous apparaît essentiel de clarifier les règles d'ouverture du Capital des SEL aux acteurs non professionnels. Si nous favorisons les professionnels de santé dans les montages de société d'exercice libéral, il apparaît difficile de faire sans investisseur, mais nous prôtons des « investisseurs » privilégiant le long terme et susceptible de favoriser le développement d'opérateurs « métiers ».

Enfin, la place des structures et organisations à but non lucratif mérite une attention particulière qui pourrait être privilégiée en faisant appel à des investisseurs dédiés (par exemple dans le mouvement mutualiste).

- Cela impliquerait que l'Assurance Maladie se positionne sur le sujet de l'indépendance professionnelle aujourd'hui régie par les Ordres : est-ce légitime ?

Au regard des dérives objectivées, et du fait de son rôle de financeur principal, l'Assurance maladie est légitime à s'impliquer sur le sujet de l'indépendance des professionnels, les modèles économiques pour le financement des soins a un impact direct et documenté sur les pratiques et donc renvoie aux concepts d'indépendance professionnelle. La France est dans une situation particulière en assimilant primauté du paiement à l'acte et indépendance alors que d'autres formules sont précisément susceptibles d'augmenter l'indépendance décisionnelle des professionnels de santé sans altérer, au contraire, les indépendances économiques de l'exercice libéral. A partir des expériences d'autres pays membres de l'EU, un travail de fond devrait être engagée et mis en œuvre entre l'Assurance maladie et les organisations représentant les professionnels de santé (notamment CNP et Ordres professionnels.).

Nous pensons que le sujet de l'indépendance professionnelle pourrait aussi se penser par le biais de la tarification. Le paiement à l'acte réduit en effet l'indépendance professionnelle. Nous prônons donc un passage du volume à la valeur qui permettra de réduire les risques de dépendance professionnelle et redonner du sens à l'activité des professionnels

### **Régulation économique des tarifs opposables**

- La régulation économique doit-elle s'appuyer sur les niveaux de rentabilités observés et se déclencher en fonction d'un certain niveau de rentabilité ?

Dans le cadre actuel, la régulation économique doit être significativement renforcée par l'instauration d'un mécanisme d'ajustement tarifaire automatique lorsque les niveaux de rentabilité dépassent certains seuils prédéfinis, particulièrement dans les secteurs identifiés comme générant des marges anormalement élevées souvent depuis trop longtemps.

Il faudrait néanmoins avoir une analyse fine des effets de ces réajustements qui devraient être couplés à des mesures assurant une amélioration de l'accès en termes de distance et de délais notamment pour les activités de soins caractérisées par un haut degré d'inégalités territoriales.

- Quels seraient les secteurs à privilégier pour une telle régulation ?  
Biologie, radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie libérale et dialyse

- Le cas échéant, quels sont les mécanismes de régulation tarifaire à privilégier (enveloppes fermées, baisses de tarifs ciblées, forfaitisation).

L'expérience internationale plaide pour le maintien d'une part de paiement à l'acte (par exemple 30%) et un mix de capitation, voire de salariat partiel.

Les forfaits par pathologie peuvent représenter une solution dans la mesure où un « opérateur métier » se charge de sa gestion

- Pour prévenir la constitution de rentes économiques, faut-il faire évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé (organiser la maintenance de la CCAM, études de coûts plus régulières, pouvoir unilatéral de fixation des tarifs pour le DG Uncam) ?

Certains actes paraissent aujourd'hui comme étant obsolètes, en effet leurs revalorisations ne tiennent pas compte de l'innovation ou les achats de matériaux pour effectuer un acte. Il ne faut pas regarder les coûts en silos mais dans la globalité de l'exercice afin de ne pas précariser les SEL et permettre aux professionnels de santé de garantir une haute qualité des soins.

L'incitation à la pertinence des soins constitue un levier majeur pour l'avenir. Il convient d'introduire plus largement des mécanismes de paiement liés **aux résultats cliniques et à la valeur réelle créée pour les patients.**

Le développement d'indicateurs robustes de qualité et de sécurité des soins constitue une priorité absolue. Ces indicateurs doivent être élaborés en concertation avec les associations d'usagers pour refléter les dimensions réellement importantes du point de vue des patients. Leur mesure systématique et leur publication transparente permettraient d'orienter tant les choix des usagers que les stratégies des opérateurs.

Une réforme structurelle des modèles de tarification apparaît nécessaire pour miser sur la valeur plutôt que le volume. En envoyant un signal fort que les bénéfices futurs seront générés par les « opérateurs métiers » engagés dans la réduction du gaspillage et l'amélioration de la qualité des soins, nous modifierions progressivement les anticipations des investisseurs et leurs stratégies d'acquisition. Les « opérateurs financiers » misant sur le maintien et l'optimisation des rentes existantes doivent prendre conscience que les positions ne seront pas soutenables ou trop risquées sur le court-moyen terme.

- De manière complémentaire aux actions de régulation tarifaire, faut-il construire un mécanisme de type « clause de sauvegarde » dans les secteurs à forte rentabilité, qui se déclencherait lorsque la régulation tarifaire est temporairement insuffisante pour permettre le partage des rentes et assurer une rentabilité compatible avec un système de financement mutualisé ?

Nous y sommes favorables en cas de dérives et suite à des augmentation rapide et exceptionnelle des dépenses (par exemple les dépenses de biologie entre 2020 et 2022 avec le Covid-19).

Ce mécanisme « budgétaire » aveugle a néanmoins le défaut de ne pas tenir compte de la pertinence et de la valeur des prestations et ne permet pas de faire évoluer l'offre de soins en réponse aux besoins et de pouvoir disposer d'indicateurs intelligents indispensables pour une régulation moderne de l'offre de soins.

- Faut-il lutter contre la « surspécialisation » de certains offreurs sur des activités de soins ?

Nous estimons que la surspécialisation ne doit concerner que des secteurs pertinents comme les maladies rares ou pour les activités nécessitant une activité suffisante définie par des seuils (chirurgie des cancers par exemple).

### **Régulation économique des acteurs pratiquant des dépassements d'honoraire ou de l'activité hors-nomenclature**

- Faut-il conditionner le maintien du conventionnement d'un PS à une activité conventionnée minimale, le cas échéant à tarif opposable [par rapport à une activité hors nomenclature : esthétique, ostéopathie, orthodontie, etc.] ?

Nous sommes favorables à cette proposition, il nous semble impératif d'exiger un taux minimal d'activités conventionnées, à tarif opposable. Une vigilance sera néanmoins nécessaire en cas de déconventionnement, pour accompagner la patientèle vers un autre professionnel de santé conventionné, et ne pas aggraver l'accès aux soins.

- Comment réguler davantage les dépassements des médecins (post réforme de la CCAM) : Nouveau mécanisme OPTAM simplifié ?

Déconventionnement au-delà d'une pratique tarifaire excessive ? N'ouvrir que progressivement et sous certaines conditions l'accès au secteur 2, puis à des niveaux progressifs de dépassements autorisés (années de pratiques, exercice préalable en secteur 1...) ?

France Assos Santé défend plusieurs propositions :

- Restriction de l'accès au secteur 2 avec une condition d'ancienneté, un temps de pratique minimale afin de valoriser l'expérience.
- Exigence d'un taux minimal d'activité à tarif opposable (liste à établir pour chaque spécialité)
- Plafonner le taux de dépassement autorisé à terme (= généralisation d'un OPTAM)

Aujourd'hui la notion de tact et de mesure reste très discutable (notamment critère de notoriété !), et il est donc impératif de réglementer les dépassements d'honoraires. Il sera ainsi plus aisé de sanctionner les professionnels de santé qui dérogent aux règles si elles sont claires. Au regard des difficultés d'accès aux professionnels de santé, les déconventionnements pour pratique tarifaire abusive, ne devraient néanmoins être effectifs qu'en cas de récidive. En revanche une pénalité financière dissuasive devra être prononcée en première intention, pour éviter les risques de récidive.

- Faut-il davantage cadrer la couverture par les complémentaires santé des dépassements / activités hors-nomenclatures / activités de professionnels non-conventionnés ?

Seul le contrat responsable, règlementé, permet à ce jour d'avoir un regard sur les remboursements des complémentaires santé. Il est pour nous exclu d'intégrer dans ces contrats la possibilité de remboursement d'activités hors nomenclatures et non conventionnées.

Le législateur pourrait décider l'interdiction de remboursement de ces activités dans tout contrat de complémentaire, mais cela serait une ingérence et une atteinte à la liberté de choix des usagers qui souhaiteraient y souscrire, difficile à justifier, sauf s'il s'agit d'activités potentiellement dangereuses ou frauduleuse. Une liste d'activités proscrites pourrait en ce sens être élaborée avec l'ensemble des acteurs concernés.

### **Régulation territoriale de l'offre de soins**

- Faut-il soumettre d'autres secteurs à agrément sur le modèle de l'agrément des centres de santé et des sociétés de téléconsultation ? Si oui lesquels ?

Pour France Assos Santé tout établissement à but lucratif souhaitant s'implanter sur un territoire, devrait s'inscrire dans un projet de santé validé par l'ARS et répondre à un cahier des charges.

- Faut-il clarifier le statut de « centre de santé » (qui aujourd'hui regroupe les centres de santé pluri-professionnels, optiques, dentaires ; publics, associatifs, privés) afin de permettre une régularisation plus ciblée ?

Il faudrait en effet clarifier les statuts des centres de santé car le grand public s'y perd. Un agrément pour tous les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelle serait une exigence minimale afin de garantir la sécurité des soins.

Une information claire des usagers devrait être également faite, afin qu'ils sachent s'il s'agit de centres de santé publics, privés à but lucratif ou privés à but non lucratif. La mention du statut du centre de santé, avec un affichage clair des tarifs et dépassements devraient être rendus obligatoires (in situ et sur les divers supports)

- Faut-il aller vers une contractualisation nationale directe avec les groupes, groupements ou réseaux pour obtenir des engagements de leur part en termes d'accessibilité / pertinence / qualité des soins (ex. augmentation des mammographies réalisées par un groupe d'imagerie) ?

Nous y sommes favorables. Il faudrait néanmoins s'assurer de la disponibilité des manipulateurs en radiologie, IRM et radiothérapie qui sont souvent en pénuries.

La formation devrait être revue avec des diplômes de pratiques avancées notamment pour la radiothérapie car certains accélérateurs ne fonctionnent pas faute de personnel.

Les contrats directs avec les groupements pourraient également favoriser la réduction des surprescriptions locales et autoriser une meilleure répartition territoriale grâce à la planification d'organisations en réseau recourant à la télémedecine (téléconsultations, téléexpertise).

- Faut-il améliorer le financement de l'offre hospitalière (public comme privé) dans les zones fragiles en termes d'offre de soins pour assurer le maintien ou permettre le retour d'une offre de soins de proximité à des niveaux de rentabilité suffisants ?

Bien sûr, des projets du Ségur investissements tardent à être validés avec des remises en question permanentes retardant la construction et démotivant tous les professionnels de santé qui ne trouvent plus l'attractivité de travailler sans un plateau technique performant. Si l'on permet la modernisation du secteur privé à travers le développement d'opérateurs métiers orientés vers la qualité, le secteur public hospitalier ne peut demeurer à l'écart de cette dynamique. Or les besoins d'investissement sont considérablement plus élevés que dans le secteur privé à but lucratif.

Bien que plusieurs propositions conventionnelles demeurent essentielles – telles que la création de fonds d'investissement dédiés à la modernisation hospitalière, le développement encadré de partenariats public-privé pour certaines fonctions support ou plateaux techniques, la révision des mécanismes de tarification valorisant mieux les missions de service public, l'établissement de dispositifs de péréquation entre structures privées et publiques basés sur des objectifs qualitatifs, et la garantie d'enveloppes budgétaires pluriannuelles d'investissement – ces mesures risquent de se heurter aux contraintes budgétaires actuelles.

- Comment assurer le respect des règles économiques s'imposant à un secteur (installation, tarification, non sélection de patients, etc.) ?
- Faut-il faire évoluer le régime des autorisations délivrées pour les équipements médicaux lourds (EML) afin de :
- Les conditionner à des engagements en matière d'actions de prévention et d'accès à des soins pertinents et de qualité ?

C'est une mesure à privilégier pour ce qui concerne l'accès à des soins pertinents et de qualité. L'exemple de l'imagerie médicale de coupe peut servir d'exemple, la France réalise deux fois plus d'exams d'imagerie que d'autres pays. Compte tenu du parc installé cela se traduit par une production par scanner 2 à 4 fois plus élevée que dans les pays comparables alors que les délais d'attente peuvent parfois s'allonger notamment pour accéder à des IRM.

- Mieux identifier les impacts en termes de dépense en améliorant les échanges ARS-Assurance Maladie sur ces sujets ?

Les échanges ARS-Assurance maladie sont indispensables pour viser une offre de soins répondant mieux aux besoins et permettant d'éviter les effets pervers du type de ceux décrits ci-dessus.

Cela passe aussi par une refonte des financements comme indiqué précédemment, avec des indicateurs de qualité et notamment des PROMS et des PREMS, en passant de la facturation au volume à la facturation à la valeur.

Un circuit de plaintes et réclamations en dehors des Ordres serait également nécessaire afin de repérer les failles dans la qualité et la sécurité des soins. Il faudrait mettre en parallèle les organisations hospitalières et en ville.

Une meilleure collaboration entre les ARS et l'assurance maladie serait en tout état de cause nécessaire pour mieux appréhender les dérives liées à la financiarisation sur les territoires et à l'absence d'une stratégie de santé publique populationnelle.

### **Prévention des risques purement financiers**

- Dans quelles conditions les acteurs financiers publics pourraient être sollicités pour investir dans certains secteurs de la santé détenus par des fonds privés (comme cela a été fait, mais postérieurement, à la révélation des dérives sur Orpéa) ?
- L'Assurance Maladie est-elle légitime à se positionner sur le sujet du surendettement des offreurs de soins (qui peut annoncer une bulle spéculative) ?
- Si oui, faut-il construire des mécanismes de résolution du risque constitué par l'endettement élevé de certains acteurs pour éviter les phénomènes « too big to fail » ?

L'équilibre entre la nécessaire modernisation de l'offre de soins et la préservation de sa qualité et de son accessibilité pour tous constitue l'enjeu fondamental auquel nous sommes confrontés.

France Assos Santé considère qu'une approche pragmatique, fondée sur des principes clairs mais tenant compte des réalités économiques, est nécessaire. Les opérateurs "métiers" peuvent jouer un rôle positif dans la transformation du système de santé s'ils sont correctement régulés et incités à privilégier la qualité.

La rentabilité financière des opérateurs devrait être explicitement conditionnée à l'atteinte d'objectifs de qualité mesurables. Cette approche nécessite un cadre de financement évolutif, où les mécanismes de financement des organisations et de rémunération des professionnels de santé s'adaptent progressivement pour valoriser davantage les résultats en termes de santé que le volume d'actes réalisés.

L'endettement des acteurs peut entraîner des conséquences désastreuses pour l'accès aux soins, il est donc nécessaire de porter une attention particulière, mais nous nous positionnons sur la politique d'offre de soins en amont. Nous prônons la nécessité de relancer l'investissement avec des objectifs de qualité de prise en charge et de résultat, pour assurer l'accès à l'ensemble de la population.

Pour ce qui concerne le secteur public, une réflexion pourrait être portée sur des formes d'organisation coopératives ou à but non lucratif : le statut d'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) pourrait sans doute permettre de bénéficier de mécanismes de financement adaptés à ses spécificités (il a d'autres avantages présumés en termes de gestion et de ressources humaines). Dans ce contexte, le repositionnement du rôle des assurances complémentaires mériterait d'être discuté, certaines mutuelles gérant déjà une offre de soins et pouvant potentiellement jouer un rôle accru dans le financement

d'infrastructures sans logique de pure rentabilité financière (selon nos sources, les actifs cumulés des mutuelles françaises représentaient plus de 100 milliards d'euros).



## Contribution France Assos Santé Rapport Charges et Produits 2026

### Volet financement

#### Sur les objectifs en termes de soutenabilité financière

- Partageons-nous bien le constat qu'il existe un double défi :
  - i) Le déficit actuel de la branche maladie (le stock)
  - ii) L'aggravation structurelle de ce déficit au regard de la dynamique des dépenses (le flux) ?

Personne ne peut nier le déficit actuel de la branche maladie ni les défis à relever avec les projections à venir, si rien n'est fait. Nous soulignons néanmoins, que la dynamique des dépenses telle qu'elle est projetée pourrait être ralentie à terme si des mesures de prévention, d'efficacité et de pertinence sont mises en œuvre (voir nos différentes contributions) avec une logique pluriannuelle des politiques de santé.

Le déficit structurel qui est reporté sur le budget N+1 devrait être lissé dans le temps afin de prendre des mesures d'efficacité et de pertinences de prescription avec des recettes allant dans le sens de la préservation de la santé de chacune et chacun. Exemple **taxes sur les produits nocifs à la santé** afin de transformer les mauvaises habitudes des industriels dont le profit repose sur la mauvaise santé des personnes.

- L'enjeu de faire progresser et les dépenses et les recettes de l'AMO au même rythme que la richesse nationale est-il pertinent comme objectif macro-économique au long cours afin de stabiliser le déficit ?

Non, nous considérons qu'il y a des choix politiques à faire et que la santé doit être une priorité, et justifie de consacrer une part importante du PIB. Mais cela justifie aussi d'augmenter les recettes, notamment en faisant évoluer la CSG qui doit être plus progressive et donc plus équitable, mais aussi de revoir la fiscalité sur certains secteurs : produits de luxe, patrimoine, et conditionner les exonérations sociales à des objectifs et résultats en matière d'engagement social à l'emploi.

## Sur les recettes

- Le renforcement et le renouvellement des taxes comportementales (qui s'épuisent à mesure qu'elles fonctionnent) doivent-ils être mobilisés ?

Oui. Nous tenons à souligner que si les mesures de taxes comportementales fonctionnent et que les recettes s'épuisent, cela doit en revanche avoir un impact positif sur les dépenses de santé.

Les taxes sur les produits nocifs à la santé n'ont consisté ces dernières années qu'à un simple rattrapage de l'inflation avec un raisonnement inaudible de nos politiques : « laisser accessibles ces produits toxiques » alors que nous savons que les consommations de ces produits sont très développées chez les CSP-. Une vraie augmentation du tabac est nécessaire pour entraîner une baisse significative du nombre de fumeurs réguliers.

Une taxe sur les sucres ajoutés pour initier un changement chez les industriels sur les recettes des produits transformés et conserver une bonne santé bucco-dentaire à relier à la future « génération sans carie » et qui permettra de limiter les risques de diabète et de cancer

Concernant l'alcool : le Prix minimum à l'unité d'alcool (PMUA) est une mesure phare à mettre en œuvre, si elle ne constitue pas une recette en tant que telle, la hausse de la TVA associée en est une néanmoins. Le PMUA aurait pour effet de relever le prix des alcools peu chers, sachant qu'il s'agit en grande majorité d'alcools forts ou vendus dans des formats grande quantité (cubis, packs...) et d'empêcher les stratégies marketing de promotions qui incitent à l'achat en grande quantité.

Ce sont précisément ces produits, forts, bons marchés et vendus en grande quantité, qui sont consommés pour leurs effets psychotropes par les jeunes et les personnes grosses consommatrices d'alcool. Notons également que pour la population générale, cette mesure aurait aussi pour effet de débanaliser la consommation d'alcool, le marketing promotionnel contribuant largement à la banalisation de ce produit (profusion d'affiches publicitaires vantant des promotions jamais vues au moment des fêtes ou à l'approche de la période estivale, immenses stands d'exposition des alcools en promotion à l'entrée des supermarchés...). Nous prônons aussi l'instauration de taxes spécifiques sur les publicités incitant à la consommation d'alcool et à la « malbouffe » fléchées vers l'Assurance maladie. Une taxe environnementale devrait être fléchée vers les finances de la santé « pollueur payeur »

- Au regard de la situation financière, d'autres ressources devraient-elles être mobilisées, notamment pour le « stock » de déficit ?

Le déficit devrait être lissé dans le temps. L'AMO a financé le Ségur de la Santé et toutes les dépenses Covid Test vaccins et IJ à 100%. Il y a un sous-financement de l'AMO au regard de ces dépenses, qui creuse ce déficit.

Comme indiqué nous pensons qu'il faut revoir les contributions en rendant la CSG plus progressive ce qui aura pour résultat d'augmenter son rendement sur les plus hauts revenus et d'être plus équitable en termes de taux d'effort. Revenir à une taxation plus forte sur les produits de luxe, et mettre à plat les exonérations de cotisations sociales qui doivent être plus contrôlées en fonction d'objectifs et de résultats probants.

## Sur le partage de financement entre l'AMO et l'AMC

- Partageons-nous l'enjeu autour de la stabilisation du taux de couverture par l'AMO de la dépense de santé (80%) ?
- Quel cadre construire autour de cet objectif, notamment entre l'AMO et l'AMC ?
- Le champ des soins couverts par l'Assurance Maladie obligatoire doit-il être interrogé pour permettre d'assurer la soutenabilité financière en articulation avec l'AMC ?
- Faut-il simplifier/unifier les taux de remboursements ? Ou au contraire mieux différencier les taux en fonction de l'utilité ?
- Est-il nécessaire d'étendre le champ d'intervention des AMC dans le cadre de certaines missions anciennement prises en charge intégralement par l'AMO (prévention, pathologies chroniques) ?
- Dans le cadre de la coopération AMO/AMC, selon quels axes cette coopération doit être renforcée pour permettre une meilleure efficacité de la dépense de santé ?

France Assos Santé prône un financement fort et principal par la Solidarité nationale, seul système juste et équitable. Le double financement actuel AMO/AMC sur les mêmes dépenses entraîne non seulement des frais de gestion élevés mais surtout des inégalités fortes, notamment au détriment des personnes ayant les déterminants de santé les plus défavorables.

Nous serions plutôt pour redéfinir la place de chacun, l'AMO finançant intégralement un panier de soins public indispensable, défini avec l'ensemble des acteurs, y compris les représentants d'usagers. Les réévaluations des médicaments et la sélection des dispositifs médicaux par exemple risqueraient d'entraîner une restriction pour certaines personnes : des médicaments considérés comme médicaments de confort sont essentiels pour garantir l'adhésion aux traitements lourds (oncologie et hématologie) dans la gestion des effets secondaires liés aux traitements. L'impact sera un risque important de pertes de chances pour les personnes les plus défavorisées qui arrêteront les traitements au regard des effets indésirables ou bien devant leur détérioration physique les médecins arrêteront les traitements actifs engendrant de véritables pertes de chances.

Il pourrait y avoir un panier de soins socle qui serait complété en fonction des pathologies. Des financements forfaitaires pourraient être envisagés sur certaines dépenses notamment. Il sera parallèlement nécessaire d'encadrer fortement les dépassements d'honoraires qui échappent à la prise en charge AMO, pour éviter de creuser des inégalités d'accès aux soins.

Dans l'hypothèse de cette prise en charge intégrale par l'AMO des soins nécessaires, des recettes pourraient être trouvées par la redirection des cotisations obligatoires des contrats collectifs vers l'AMO, et une plus grande progressivité de la CSG ainsi que les différentes taxes évoquées plus haut.

Si une réflexion devait être menée sur l'unification des taux de remboursements, cela impliquerait une révision de l'évaluation du bénéfice/utilité. Nous demandons à cet effet la prise en compte des données en vie réelle, et d'éléments concernant la qualité de vie.

Concernant la prévention, s'il y a bien un domaine où la prise en charge intégrale AMO doit être maintenue c'est celui-ci. En effet les actions de prévention ont un impact fort, particulièrement pour les populations les plus vulnérables, qui sont aussi celles qui sont les plus éloignées du système de santé et les moins couvertes par une complémentaire santé. Il

est donc totalement contre-productif de revenir sur la prise en charge intégrale sur ce volet, comme ce qui a été fait avec MT'Dents, ce que nous avons dénoncé. Les complémentaires ont en revanche un rôle important à jouer dans la prévention au travail, dans la mesure où elles sont implantées dans les entreprises, en lien avec les services de santé au travail.

### **Sur l'accès au financement par l'AMC :**

- Comment permettre un accès à tous à une couverture complémentaire santé ?

Cette question sous-tend l'hypothèse d'un maintien d'une articulation AMO-AMC telle qu'elle existe aujourd'hui. Dans cette hypothèse, nous prôtons la refonte de la C2S et la création d'un Contrat responsable véritablement solidaire avec des cotisations assises sur les revenus. Une étude d'impact devra être faite pour estimer la viabilité de ce dispositif avec l'hypothèse de plafonds de revenus. Nous soumettons la proposition d'un plafond équivalent au SMIC brut, qui pourrait permettre l'adhésion de jeunes actifs pour mieux mutualiser les risques. A l'instar de la C2S actuelle, ce contrat serait donc ouvert à toute personne, même salariée bénéficiant d'une couverture collective obligatoire qui pourrait la dénoncer, qui entre dans les conditions de ressources.

- Est-il nécessaire d'évoquer une réflexion sur le contour des garanties des contrats des complémentaires santé pour permettre un accès à tous à la complémentaire santé ?
- Quelles évolutions du dispositif du contrat responsable ?

Les contrats doivent être transparents et sans but lucratif en sortant des règles des assurances qui restent en fonction des risques et non en fonction des revenus. Concernant les garanties, nous sommes favorables à des garanties socles obligatoires, et donc à un contrat règlementé, afin de ne pas aggraver encore les inégalités entre contrats collectifs et individuels, sachant que ces derniers sont en moyenne moins protecteurs.

En revanche, nous estimons qu'il faut en premier lieu encadrer légalement les dépassements d'honoraires, plutôt que de laisser le seul contrat responsable réguler ces facturations. C'est d'autant plus crucial que le taux d'adhésion à l'OPTAM et la difficulté d'accès à un médecin traitant, ne permettent pas de garantir aux usagers de pouvoir consulter un médecin en secteur 1 ou en secteur 2 OPTAM, ou même de respecter le parcours de soin coordonné s'ils ne trouvent pas de médecin traitant. Ils ont donc le sentiment d'être pénalisés par le plafonnement des remboursements des dépassements hors OPTAM, et le non-remboursement de ces dépassements en cas de non-respect (subi !) du parcours de soins coordonné.

### **Quels autres leviers ?**

Dans le cadre des ALD nous proposons de revoir le volet accompagnement, éducation thérapeutique et prévention des comorbidités avec un projet de soins effectivement mis en œuvre. Les personnes en ALD n'ayant pas de dépenses de soins pendant un certain temps devraient être contactées pour s'assurer qu'elles ne sont pas en situation de rupture ou de

renoncement aux soins et si c'est le cas être accompagnées vers une reprise de soins. En revanche si leur situation de santé établit qu'elles n'entrent plus dans les critères de l'ALD, et notamment des soins coûteux et de longue durée, elles n'ont pas vocation à y être maintenues (toutefois cela ne devrait pas avoir d'impact significatif sur les dépenses d'Assurance maladie si elles n'avaient pas de dépenses liées à l'ALD déjà). Nous pensons qu'aucune mesure d'économie de court terme sur les ALD ne devrait être mise en œuvre, telle que la création d'un Ticket modérateur ou le bouclier sanitaire, au risque d'aggraver encore leurs restes à charge qui sont les plus élevés (840<sup>e</sup> selon le rapport IGAS-IGF sur les ALD) et de créer du renoncement ou des retards des soins qui entraîneront des soins plus coûteux. Si une révision des critères de l'ALD devait être mise en œuvre, il serait alors impératif d'intégrer pleinement les associations concernées par chaque pathologie à ces travaux. Maintenant si la grande sécu existait, l'ALD, comme statut spécifique de prise en charge, n'aurait plus de raison d'être, mais des enjeux se poseraient néanmoins concernant le régime des IJ maladie et le parcours de soins et de prévention.



## Contribution France Assos Santé

### Rapport charges et produits 2026

#### Volet Prévention

En propos liminaires, nous nous félicitons que l'Assurance maladie tende à développer plus les actions de plaidoyer et associe le Conseil au prochain rapport Charges et Produits. Ce rôle implique pour **nous une totale indépendance vis-à-vis des lobbies**, qui freinent aujourd'hui les évolutions politiques, notamment dans le champ de la prévention.

L'Assurance maladie est légitime à plusieurs titres, en tant qu'opérateur et financeur de la santé. Il faut questionner la pérennité et donc le modèle financier de la prévention : l'on est encore dans une vision très « court-termiste » de la prévention. Il existe pourtant aujourd'hui des preuves économiques de la prévention : selon l'économiste Nicolas Bouzou, la France est sous la moyenne des pays de l'OCDE pour beaucoup d'indicateurs ; s'aligner sur la moyenne permettrait un gain de 5 à 7 milliards d'économie pour l'assurance maladie d'ici 5 ans, et s'aligner sur les meilleurs pays de l'OCDE permettrait un gain de 15 à 20 milliards. Mais il s'agit d'économies réalisées à terme (5 à 7 ans pour obtenir des résultats), qui demandent qui plus est un investissement initial nécessaire. Requestionner ce cadre pose également la question de la sensibilisation de la sphère politique à ces enjeux.

#### Facteurs de risque comportementaux

- **Quel rôle de l'assurance maladie sur les habitudes de vie et facteurs de risques, au-delà de la communication et du déploiement de Mon Bilan Prévention ?**

France Assos Santé estime que l'Assurance maladie est dans son rôle de soutenir les projets visant à prévenir les facteurs de risque, et ce en **toute indépendance vis-à-vis des lobbies**.

Il existe un vrai blocage politique, notamment sur le sujet de l'alcool, et nous estimons nécessaire de pouvoir soutenir particulièrement les projets sur ce volet.

*NB : Nous sommes par exemple très surpris du refus de subvention dans le cadre du FLCA du « Défi de janvier », alors que Santé Publique France avait annulé le Mois sans alcool. Ce refus n'a pas été motivé, alors qu'il s'agit d'une campagne de prévention probante et efficiente, portée et financée par un collectif d'associations.*

L'assurance maladie peut également jouer un rôle important **en termes de communication** auprès du grand public, **pour lutter contre toutes les fake news véhiculées par les lobbies.**

**Concernant Mon Bilan Prévention**, globalement, beaucoup de personnes éligibles ont prérempli leurs questionnaires sur Mon espace santé. Il y a eu une montée en puissance de ce dispositif avec fin 2024, 60 000 personnes en ont bénéficié. Cependant on note un déterminant social, avec une plus grande participation des niveau CPS+. **Ce constat nécessitera de développer les actions d'aller vers organisées par la CNAM afin de solliciter les personnes les plus vulnérables.** La diversification des acteurs permet aussi une meilleure accessibilité pour les usagers, néanmoins nous avons des remontées de difficultés à **trouver un professionnel de santé pour ces rendez-vous.** En effet, le questionnaire renvoie sur sante.fr qui renvoie lui-même parfois sur Doctolib pour la prise de rendez-vous en ligne. Or, de nombreux professionnels **n'acceptent pas de nouveaux patients via Doctolib**, ce qui empêche la possibilité de prendre rdv via ce canal. Parfois cela renvoie directement sur un site professionnel qui n'évoque pas du tout les rendez-vous de prévention (ex : renvoi sur le site d'un cabinet infirmier qui parle uniquement de soins à domicile et pas du tout des rendez-vous de prévention). Un certain nombre de professionnels semblent en réalité peu disponibles, accessibles, ou alors pas à proximité du lieu de vie de l'utilisateur, et cela entraîne une complexité pour aller au bout de la démarche. Il aurait été intéressant **de prévoir un système facilitant la prise de rendez-vous de prévention spécifiquement et directement.** Il paraît aussi important **d'avoir une évaluation de ces rdv et du parcours si un suivi est nécessaire** suite à ce rendez-vous : Durée effective des rendez-vous (certaines remontées laissent penser qu'ils sont parfois expéditifs), alimentation du DMP, et pour des personnes plus éloignées (sans médecin traitant par exemple) **l'accompagnement et l'orientation dans la prise de rendez-vous des consultations ou examens complémentaires nécessaires.**

**Nous estimons également que l'ensemble des programmes de prévention doivent être accessibles, au niveau du territoire et financièrement, à l'ensemble des personnes.**

Nous nous sommes par exemple **opposés à la suppression de la prise en charge intégrale des bilans de prévention dentaire MT'Dents**, qui va aggraver les inégalités d'accès à ce dispositif, alors même que tout montre que les déterminants sociaux ont un impact majeur sur l'accès et l'état de santé.

Nous souhaitons préciser néanmoins qu'il est illusoire de penser qu'il suffit de tout miser sur l'éducation à la santé : toutes les études montrent qu'une action efficace repose à la fois sur les mesures éducatives, un soutien des personnes les plus en difficulté, mais aussi et avant tout sur des mesures structurelles à mettre en place.

L'Assurance maladie pourrait soutenir le plaidoyer visant à cesser de faire reposer les politiques publiques en lien avec les produits défavorables à la santé sur la seule responsabilité individuelle. Cette responsabilité est politique en prenant les mesures efficaces sur l'augmentation des prix sur les produits nocifs à la santé et industrielle par la fabrication de mauvais produits très peu cher.

- **Comment l'Assurance Maladie peut-elle soutenir le Nutriscore ?**

L'Assurance maladie a toute légitimité à soutenir le Nutriscore , qui est victime d'un fort lobby des acteurs du secteur agro-alimentaire.

Elle peut se faire le vecteur de la transmission des résultats scientifiques **pour lutter contre les fake news et afficher son soutien au Nutriscore** pas tous moyens (campagnes, plaidoyer, ateliers nutrition en partenariat, programmes de préventions nutrition dans les différents lieux de vie, actions d'aller vers, etc.)

- **L'Assurance Maladie doit-elle faire des propositions en matière de fiscalité comportementale ?**

OUI ! Dans la mesure **où des études sont disponibles sur la pertinence et l'efficacité de la fiscalité comportementale**, on ne voit pas ce qui empêche l'Assurance maladie de faire des propositions en la matière. Le récent rapport de la MECSS a répondu à l'argument soulevé concernant l'impact économique de ces taxations, en indiquant que celui-ci était annulé à moyen terme dès lors que la cible était atteinte. Au-delà des taxes, d'autres mesures, structurelles peuvent être soutenues par l'Assurance maladie, notamment concernant le **marketing des produits néfastes à la santé**

- **Concernant l'alcool notamment, nous déplorons l'absence de véritable politique de prévention** : nous recommandons de mobiliser un arsenal de mesures normatives et économiques ciblant particulièrement l'alcool bon marché afin de réduire la consommation des buveurs à risque ou alcoolodépendants, ainsi que la consommation des jeunes (binge drinking). **Instaurer un prix minimum de l'unité d'alcool**, comme cela a par exemple été fait en Ecosse avec des résultats positifs en termes de santé publique, impacterait ainsi les alcools bas de gamme, vendus dans des contenants de grande quantité (packs, cubitainers), à des prix attractifs ou sous forme d'offres promotionnelles.

Nous recommandons également de **réglementer le marketing pour l'alcool** , taxation des publicités, interdiction a minima autour des établissements scolaires, des lieux fréquentés par des enfants (parcs, centres sportifs, centre aérés...) et des lieux de soin, ainsi que sur les réseaux sociaux (promotion faite par les influenceurs notamment). La loi Evin a été non seulement progressivement détricotée et affaiblie, de plus elle ne répond plus aux nouveaux enjeux posés par les réseaux sociaux.

Restreindre le marketing de l'alcool est une recommandation partagée par tous les experts en santé publique, de l'OMS à l'INSERM. Et pour cause : 79% des jeunes de 15-21 ans déclarent voir des publicités pour l'alcool chaque semaine, et 23% d'entre eux affirment que ces publicités les incitent à consommer (Ecole des hautes études en santé publique et Observatoire français des tendances addictives). La publicité a donc des conséquences directes sur les comportements et l'entrée dans la consommation chez les plus jeunes. Un collégien sur dix a déjà connu l'ivresse et 37% des adolescents de 17 ans déclarent un épisode de *binge drinking* dans le mois (la consommation d'au moins 6 verres en une occasion). Par ailleurs, l'alcool est présent dans 30 à 40% des condamnations pour violence, sa consommation demeure le deuxième facteur de risque évitable de cancer et la deuxième cause d'accident de la route. À ce titre, agir contre la promotion de la consommation d'alcool auprès des jeunes est une véritable

mesure de prévention. Dans le cadre de sa campagne Pas d'alcool sur le chemin de l'école<sup>1</sup> lancée en juin 2024, France Assos Santé, aux côtés de la Ligue contre le cancer, de l'Union nationale des associations de familles et des associations d'entraide des personnes en prise avec des conduites addictives de la CAMERUP, a documenté et dénoncé le matraquage publicitaire auquel étaient soumis les enfants à proximité immédiate des établissements scolaires. Les Français sont pourtant demandeurs de mesures de protection pour protéger les plus jeunes : 89 % des Français se prononcent en faveur de l'interdiction de la publicité pour l'alcool à proximité d'établissements scolaires<sup>2</sup>.

- **Concernant l'alimentation**, les chiffres sont aujourd'hui alarmants alors même que l'OMS tirait la sonnette d'alarme en 97 en parlant de la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité. **Des mesures de fiscalité comportementale ciblant les produits aliments riches en graisse saturée, en sucres ajoutés, avec des marqueurs d'ultra-transformation ou contenant des additifs nocifs pour la santé** doivent être mises à l'étude, comme le préconise par ailleurs un récent rapport du Sénat. Il est aujourd'hui documenté et prouvé scientifiquement qu'utiliser le prix comme levier de santé publique, qui est une recommandation constante de l'OMS, est l'un des outils les plus puissants pour influencer les comportements, et que changer les comportements alimentaires des consommateurs aujourd'hui revient à anticiper les maladies de demain. C'est aussi un levier pour inciter les industriels à revoir la formulation de leurs produits. Ces taxes pourraient par ailleurs subventionner des opérations de prévention (sur le modèle « pollueur-payeur »). Ce type de mesure doit être accompagné d'une communication adaptée expliquant les objectifs de santé publique poursuivis, et il faut prévoir un suivi de l'évolution de l'offre et de l'impact de la taxe sur l'offre.
- **Concernant le tabac, même constat, l'impact du prix sur la consommation est d'ores et déjà prouvé.** L'interdiction de la vente des sachets de nicotine doit également être portée : c'est une porte d'entrée dans l'addiction au tabac. Bien sûr en dehors de la prescription de substitut nicotiques vendus en pharmacies pour le sevrage tabagique.

En conclusion, nous considérons que l'Assurance maladie a toute sa place et sa légitimité à proposer des mesures de fiscalité comportementale, dans la mesure où cela impacte directement la santé des français et ses comptes.

#### • **Quelle place de l'activité physique dans le parcours de soins ?**

L'activité physique est un déterminant majeur de santé, déjà prouvé. Il nous paraît donc essentiel qu'elle puisse être intégrée aux parcours de soins.

Néanmoins, tant que l'on sera toujours quasi exclusivement au financement à l'acte, la prévention tertiaire ne pourra pas être suffisamment intégrée au parcours patient. La T2A est un frein à la prévention. De nouveau financement devraient être réfléchis pour profiter à la santé des patients et collectivement pour que l'assurance maladie soit soutenable dans le temps.

Nous souhaitons aussi soulever le sujet des prises en charge au parcours de certaines personnes atteintes de maladies chroniques, qui incluent notamment l'activité physique et

---

<sup>1</sup> [https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9\\_presse/pas-dalcool-sur-le-chemin-de-lecole-5-associations-portent-plainte-contre-la-ratp/](https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/pas-dalcool-sur-le-chemin-de-lecole-5-associations-portent-plainte-contre-la-ratp/)

<sup>2</sup> Selon l'enquête Toluna-Harris de décembre 2023 pour France Assos Santé

l'alimentation: si la prescription de l'APA (activité physique adaptée) pour les personnes en ALD a été introduite en 2016, elle demeure peu appliquée, avec plusieurs freins à dépasser, notamment l'hétérogénéité et la méconnaissance de l'offre sur les territoires, ainsi que la question de la prise en charge financière dans le droit commun pour les personnes concernées (malades, personnes âgées, obèses, etc.). La diététicienne en ville n'est pas non plus prise en charge. Il est impératif de lever ces barrières et de les intégrer dans des parcours, avec la nécessité qu'une prise en charge en ville soit prévue, ce qui implique une révision des financements et l'intégration des interventions non médicamenteuses.

## **Vaccination**

### **• Faut-il rendre la vaccination antigrippale obligatoire pour certains publics / dans certains lieux ?**

Nos couvertures vaccinales (CV) contre la grippe sont bien trop faibles. La France est à la traîne de l'Europe : seul un Français de plus de 65 ans sur deux est vacciné, et moins d'un porteur de pathologie chronique de moins de 65 ans sur trois a reçu une dose de vaccin. Ces CV ont chuté de façon continue, dans les dernières années, alors que les Anglais sont, avec 73% des populations cibles vaccinées, proches de l'objectif et de la recommandation de l'OMS (75%)<sup>3</sup>. Les personnes en ALD sont plus vulnérables et parfois ne reçoivent pas d'invitation de la CNAM pour se faire vacciner.

Cet hiver des Plans blanc ont perturbé l'accès aux soins des personnes atteintes de maladie chronique en raison des déprogrammations des interventions chirurgicales programmées dans certaines régions.

Nous n'avons pas établi de position concernant l'obligation de la vaccination antigrippale, et des éléments d'amélioration de l'accès et de facilitation doivent être amenés en premier lieu.

L'invitation à se faire vacciner contre la grippe devrait être dissociée de la vaccination contre la Covid qui reste un élément bloquant pour beaucoup de personnes.

La question de la vaccination des professionnels de santé est double :

- Ils représentent des exemples pour leurs patients
- La vaccination amènera une diminution des risques de transmission au cours des soins
- Les arrêts maladies des professionnels de santé engendrent des fermetures de lits qui renforcent la saturation des possibilités d'accueil des usagers.

Il y a donc un enjeu important autour de la sensibilisation des professionnels de santé à se faire vacciner et à informer leurs patients à risque.

Il faut améliorer également le processus d'envoi du bon aux populations à risque, car nous avons encore de nombreux retours sur des défauts, notamment pour les personnes plus jeunes atteints de maladies chroniques éligibles.

<https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/la-vaccination-et-le-cancer/la-vaccination-contre-les-papillomavirus-hpv>

---

<sup>3</sup> <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/adult-flu-vaccination-coverage>

## Dépistages précoces

### • **Quid d'une interdiction de dépassement sur le dépistage du cancer du sein (DI) ?**

Nous souhaitons une **interdiction de dépassement pour l'ensemble des dépistages, ainsi que les examens nécessaires suite à un dépistage (échographie, coloscopie y compris pour l'anesthésiste) et d'ailleurs pour tout ce qui concerne la prévention**. L'enjeu majeur de la prévention est le public défavorisé et éloigné du système de santé, qui a des déterminants de santé défavorables. La barrière financière est un frein certain.

### • **Doit-on travailler à une « prévention personnalisée » dans Mon Espace Santé sur la base des données du patient ?**

Nous souhaitons insister sur les attentes des usagers et des associations **pour faire de Mon Espace Santé un lieu de prévention**. D'autant plus dans le contexte actuel **où des acteurs privés proposent des services de dossiers médicaux numériques**, analogues aux fonctionnalités de MES **sans les garanties d'éthiques équivalentes sur l'utilisation des données**. Certains proposent même des fonctionnalités pour pousser des contenus de prévention sur le modèle de Mon Espace Santé, en se cantonnant à un ciblage sur les critères d'âge et de sexe et sur les principales recommandations de dépistage et de vaccination. Il est donc **urgent que MES propose un service efficace et de confiance pour éviter que les usagers se tournent vers des acteurs privés** leur apportant moins de transparence et de garanties.

Cependant pour faire de ce type de service une réussite nous portons à connaissance de la CNAM **des enjeux à prendre impérativement en compte :**

- **Éviter la superposition des messages** : les usagers sont destinataires de beaucoup de messages déjà, la multiplication des sources représente une difficulté. De manière générale les usagers peuvent être noyés rendant la démarche et les messages contreproductifs. Ceux-ci doivent être rédigés avec précaution d'autant plus quand le ciblage est réalisé sur la base d'information de santé particulièrement sensibles (santé mentale, santé sexuelle, addictologie, etc.) et éviter à tout prix d'avoir une approche injonctive ou culpabilisante. Les messages portés doivent donc être en accord avec la stratégie nationale de prévention portée par les acteurs publics et s'en faire l'écho. En ce sens la diversité des contenus dans la rubrique « Mon actualité santé » peut prêter à confusion, notamment entre contenus ciblés, campagnes nationales, et contenus généraux.

- **Importance du consentement** : chaque usager doit avoir la liberté de consentir de manière active à ce type de service. Ce consentement exprès (que nous préférons au droit d'opposition décrit dans le décret d'application) ne peut se faire qu'à partir d'une information claire et loyale, qui ne repose pas uniquement sur une information légale peu compréhensible, mais aussi sur une information pédagogique. Les envois et contenus devraient proposer systématiquement une option pour retirer l'accord de l'utilisateur simplement (type se désabonner d'une newsletter).

- **Lister précisément les données de santé qui peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé** visant à cibler l'utilisateur pour l'envoi de contenus. Le consentement pourrait être par ailleurs modulable selon les critères de santé utilisés pour le ciblage et le type de contenu souhaité par l'utilisateur. Déjà nous recevons des témoignages d'utilisateurs confus quant aux contenus de prévention qui sont affichés dans MES :

*« J'ai vu apparaître un message en entête dans MES qui parlait de la dépression alors que j'ai pris un traitement pour mon problème de santé. Il se trouve que ce traitement est aussi indiqué dans la dépression mais ce n'est pas mon cas, il m'a été prescrit pour une autre indication ! Suis-je étiquetée « Dépressive » dans MES désormais ? alors même que je ne le suis pas ? je m'inquiète de comment mes données pourraient être utilisées ! »*

L'information doit donc être portée de manière transparente aux usagers, sur les contours de ce type de service et sur quelle base les messages peuvent leur être adressés. Par exemple toujours associé au contenu une mention « contenu proposé sur la base de votre age, sexe, etc. » ou préciser quand il s'agit d'un message plus général ou en lien avec une campagne de santé publique, pour éviter de penser que ces messages sont tous ciblés sur la base d'informations personnelles quand ce n'est pas le cas.

**- Mettre en œuvre une organisation collégiale et transparente** chargée d'évaluer régulièrement l'impact de ce service, de recueillir les expériences des usagers et d'instruire les éventuels signalements. En y associant des représentants des usagers / associations agréées.

**- Inquiétudes des usagers sur l'indépendance de l'information en santé :** en s'appuyant sur les témoignages et réflexions des représentants des usagers et sur les résultats de l'étude HLS19 de Santé Publique France, les français indiquent que le premier obstacle à l'utilisation d'informations de santé en ligne est l'indépendance de celle-ci vis à vis des intérêts commerciaux. Nous nous faisons donc le relais de ces inquiétudes particulièrement dans le contexte présent et compte rendu des risques grandissant de financiarisation ou accaparement du dossier médical des français. En ce sens, l'usage de Mon Espace Santé pour adresser des contenus de confiance validé par les institutions publiques est un point fort pour répondre à ces besoins.

**• Passe-t-on le dépistage des maladies cardio-vasculaires et associées à l'échelle d'un dépistage organisé/ systématique ?**

Tout dépistage précoce engendrera des économies à moyen et long terme pour l'assurance maladie et à titre individuel des vies seront épargnées. Les modalités de ces dépistages doivent être élaborées avec l'ensemble des acteurs, notamment les associations concernées.

**Questions transverses**

**• Quels types de partenariats pourrait-on conduire avec les entreprises, les organismes complémentaire et de prévoyance, pour accentuer et systématiser les actions de prévention en entreprise (vaccination, dépistage du cancer, Mon bilan prévention) ?**

Il nous paraît important d'associer les acteurs présents dans l'entreprise : Ressources Humaines, et services de santé au travail particulièrement. Ces derniers sont trop peu présents malheureusement dans l'entreprise, notamment sur des ateliers collectifs. Néanmoins l'Assurance maladie aurait tout bénéfice à les sensibiliser aux questions de prévention globale, au-delà de la prévention au travail stricte, dans le cadre des rendez-vous obligatoires. Ils peuvent être un relai important pour les salariés, avec une sensibilisation particulière aux travailleurs les plus précaires susceptibles d'être plus éloignés du système de santé.

Les complémentaires santé et prévoyance ont également leur place au sein des entreprises du fait de leur lien important et peuvent être un partenaire privilégié.

**Il ne faut pas oublier les associations** qui peuvent aussi intervenir sur des sujets spécifiques au sein des entreprises, des appels à projet spécifique avec des subventions pourraient être accordées pour mener des actions au sein des entreprises. Les associations agissent au sein des entreprises comme la Ligue avec Ligue entreprise engagée contre le cancer. Des actions de prévention et sensibilisation des dépistages y sont portées. Par ailleurs, la prévention alcool éviterait un grand nombre d'accident du travail : un salarié alcoolisé montant sur un échafaudage risque plus de chuter.

Il ne faut pas négliger non plus les travailleurs indépendants, qu'il est plus difficile d'appréhender et qui ont des besoins importants, des actions attentionnées à leur égard s'avère donc nécessaires.

Au-delà des actions de prévention vaccination, dépistage, bilan prévention, il ne faut bien sûr pas oublier le volet santé au travail : risques psychosociaux notamment, à développer avec les employeurs et les travailleurs en lien avec les SST.

- **A-t-on achevé l'élargissement des « compétences de prévention » aux professionnels**

Nous pensons que nous pouvons aller plus loin dans ce domaine. Le médecin généraliste est un pivot avec un accompagnement pluridisciplinaire de professionnels de santé et notamment des Infirmiers de pratique avancée pour un accompagnement des personnes en ALD.

La formation de tous les professionnels de santé doit évoluer dans ces pratiques. Les pratiques avancées doivent faire l'objet de parcours de professionnalisation sans devoir quitter la profession pendant deux ans.

Des actions d'accompagnement global de personnes atteintes de maladies chroniques ont fait l'objet d'expérimentation probantes dans l'article 51.

Les financements de prévention doivent faire partie du parcours des personnes sur des indicateur qualité de « bonne santé » avec des résultats sur des indicateurs pertinents auprès des professionnels de santé.

Le temps médical ne permet pas aux médecins de donner l'information nécessaires aux patients.

Les médecins généralistes ne peuvent plus assumer tous les actes comme les renouvellements d'ordonnance, prise de la tension ... L'organisation de la médecine de ville doit être construite sur le modèle hospitalier avec une équipe pluridisciplinaire où chacun à un rôle, notamment en matière de prévention, et particulièrement des les professionnels de santé « du quotidien » des personnes, comme le pharmacien.

Les Infirmières de pratiques sont mieux formées à la prévention tertiaire et accompagnent mieux les patients dans une approche globale d'éducation à la santé et en éducation thérapeutique. Nous devons revoir leur formation en professionnalisation ou en VAE car partir deux ans en formation est souvent impossible. Des acteurs en prévention associatifs doivent être développés et les enseignants scolaires devraient être formés à la prévention.





## **Contribution France Assos Santé**

### **Rapport charges et produits 2026**

#### **Volet Pertinence**

En propos liminaires France Assos Santé souhaite exprimer sa totale adhésion à la nécessité de travailler sur la pertinence des soins et des prescriptions.

Notre Union est déjà engagée dans les travaux relatifs au bon usage et à la lutte contre le gaspillage des produits de santé. Nous considérons que les bonnes intentions et les différents outils d'accompagnement doivent être aujourd'hui complétés par une meilleure régulation des acteurs, notamment des prescripteurs, principaux artisans de la particularité française de sur-prescription et de mésusage, sources de risques pour les personnes malades, de dépenses inutiles et d'impact environnemental.

Nous regrettons que les mesures actuellement mises en place ne permettent pas de contribuer à résoudre la source du problème, mais visent principalement à pénaliser les usagères et usagers du système de santé

Nous souhaitons que les travaux se dirigent vers des mesures permettant un meilleur respect des recommandations par les professionnels de santé avec une meilleure coordination des soins, ainsi que l'intégration dans les financements d'indicateurs de qualité, notamment d'indicateurs patients, avec une diminution notable du paiement à l'acte, permettant de lutter contre les prescriptions et les actes inutiles, ruineux pour nos finances publiques et pour la qualité de vie des patients.

#### **1. Investissement sur les outils de « retour d'information aux PS » sur leurs pratiques » ?**

**France Assos Santé propose d'étudier la mesure suivante :** Renvoyer dans le Dossier patient informatisé (DPI) ou par mail (MSS) les informations de prescription utilisées par la CNAM qui déclenchent aujourd'hui des actions ponctuelles auprès des prescripteurs (suite à l'identification de valeurs aberrantes de prescriptions).

Par ailleurs, des « retours d'informations » plus sophistiqués sont également envisageables en intégrant notamment les recommandations de bonne pratique et pourraient être accélérées avec l'apport de l'IA (Larges modèles de langages et big data).

## **2.Quelles informations à l'assuré sur sa consommation de soins ?**

L'idée qui revient assez régulièrement en cas de crise budgétaire consiste à documenter au niveau de chaque usager sa dépense de soins totale (mensuelle ou autres) générée notamment par les prescriptions d'actes et la consommation de produits de santé prise en charge. Cela fait partie des démarches dite de « responsabilisation » des assurés au même titre que l'augmentation des restes à charge et franchises.

Ces mesures peuvent être discutées, mais à ce jour aucune efficacité n'a été démontrée sur ce type d'initiatives, d'autant que les personnes qui ont les dépenses les plus élevées sont les personnes atteintes de maladies chroniques, avec parfois des traitements innovants très chers, ou des personnes en situation de handicap avec des dispositifs médicaux onéreux.

La frontière entre la responsabilisation et la culpabilisation peut être très ténue, d'autant que les assurés ont déjà accès au coût de leurs dépenses via le décompte de remboursement accessible sur leur compte AMELI, ainsi que l'historique des remboursements (sans les montants) dans Mon Espace Santé et dans l'application Dossier Pharmaceutique, et Application carte vitale (avec les montants). L'information est donc officiellement déjà relativement accessible aux assurés. Il convient donc d'avoir une réflexion plus poussée et concertée avec les représentants d'usagers avant d'envisager de nouvelles mesures en ce sens.

## **3.Formation initiale/continue obligatoire des PS à l'installation / facturation ?**

France Assos Santé considère que la formation initiale et continue des professionnels de santé doit comporter des modules concernant la pertinence des soins et des prescriptions, et les notions de **respect des recommandations**, et cela sans pour autant les priver de la liberté de prescription. Ces modules doivent nécessairement être accompagnés des éléments concernant **la nécessaire information et l'échange avec le patient, sur le juste soin et les justes prescriptions.**

## **4.Soutenir financièrement les initiatives scientifiques d'aide à la prescription ?**

Les pouvoirs publics, notamment suite au Ségur de la santé ont surtout mis l'accent sur le besoin d'interopérabilité des DPI pour alimenter le Dossier médical partagé, Mon espace santé, le HDH

L'informatisation des soins en établissement de santé -via notamment des aides d'investissement n'a pas été suffisamment développée, la problématique concerne également la médecine de ville.

Le consensus international est pourtant déjà ancien : les outils comme Mon espace Santé et le Dossier médical partagé ne remplaceront pas les solutions professionnelles mais viennent en complément de celles-ci. Le DPI n'est pas un outil de coordination des soins mais, en fonction des autorisations données par le patient, ses professionnels de santé y sont référencés et facilite un accès coordonné.

Notre Union considère qu'il existe une faiblesse chronique de l'investissement en France, notamment en informatique de santé. Les incitations financières concernant les autres fonctionnalités du DPI sont absentes ou insuffisantes.

Le financement des entreprises a été privilégié (startup) mais sans forcément de retour sur investissement concret ou correctement évalué. Une réflexion est nécessaire sur le financement à la qualité parmi les incitations potentielles pour accélérer le déploiement de ce type de solution. Si le sujet du financement des entreprises qui proposent ce type de solution, existe bel et bien pour profiter d'un marché souverain de solutions dans lequel piocher pour les achats des professionnels. L'enjeu des usages est le plus important à nos yeux. L'adoption très diversifiée et non interopérable des outils et des usages dans les pratiques des professionnels et organisations de santé est un facteur bloquant. Et s'il n'y a pas de marché et de modèles économiques pérennes la poursuite de cette logique de subventionnement des acteurs de l'innovations est vouée à l'échec par leur inefficacité. Nous risquons un retour sur ces investissements très faible, notamment si ces entreprises mettent finalement la clé sous la porte faute de débouchés durables. Le rôle de l'Assurance maladie en particulier comme financeur de nouveaux usages et de nouveaux parcours pluriprofessionnels qui sortent de la tarification à l'acte et qui tirent parti de ce type d'outils numérique et de leurs usages est donc essentiel pour améliorer la qualité des soins grâce à ces outils. Ce sujet doit être porté de manière plus forte avec les autres acteurs de la gouvernance territoriale du numérique en santé (GRADeS et ARS) dans une logique de politique d'amélioration de la **qualité des prescriptions, dont les bénéficiaires financiers seront récoltés par la collectivité rapidement.**

## **5.Trouver les modalités juridiques pour imposer les LAP « dernière génération » ?**

Les financements actuels sont largement insuffisants et non articulés avec une politique informatique nationale pour la médecine de ville (DPI). Il existe pourtant un enjeu important car c'est un terrain de chasse d'éditeurs et notamment de Doctolib, avec une évolution vers les solutions dans le cloud (contraintes fortes de disponibilité

de fonctionnalité, avancées offertes notamment par les plateformes GAFAM très performantes. Ex Doctolib est sur AWS).

L'e-prescription est le programme peut-être le mieux positionné pour répondre à la question de l'intégration de LAP dernière génération.

La généralisation de la e-prescription devrait parallèlement conduire à un allègement des outils de lutte contre la Fraude.

Nous considérons que l'empilement des mécanismes mis en place constituent de sérieux risques d'entrave à l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus vulnérables.

Les chiffres présentés pour l'année 2024 par le GIE Sesam-Vitale restent très faibles, il est difficile de s'en satisfaire (29 264 médecins, 96 74 Pharmacies d'officines). Les professionnels concernés par la prescription électronique, tant les prescripteurs que les professionnels exécutant les ordonnances, devaient pourtant se conformer, **au plus tard le 31 décembre 2024**, à l'obligation de dématérialisation des prescriptions.

Il est visiblement nécessaire de passer à la vitesse supérieure pour le déploiement de l'ordonnance numérique, est difficile de compter sur la seule bonne volonté des professionnels.

## **6. Incitations financière à l'acquisition des Systèmes d'aides à la décision médicale ?**

Oui il faut un soutien institutionnel et financier public pour favoriser le déploiement de ce type d'usage de manière à répondre aux enjeux d'équité d'accès aux soins, quand ces systèmes sont amenés à devenir des standards de qualité et de sécurité des soins sans l'influence des industriels du médicament. Si seules certaines organisations de santé achètent ces solutions, quel accès pour les patients dans les territoires ?

L'Assurance maladie aura donc un rôle important à jouer à notre sens, en particulier quand les retours sur investissements / bénéfices directs ne seront pas perçus par les professionnels, exemple du diagnostic précoce des pathologies : c'est l'Assurance maladie qui en tirera le bénéfice (prévention des complications, etc.), pas le professionnel de santé qui utilisera cet outil et qui donc n'aura pas forcément un intérêt financier à s'en équiper. L'expérimentation de la CNAM en médecine générale d'ECG augmentés par IA pour le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque doit permettre de mettre sur la table des financements créatifs à l'échelle de l'équipement et des parcours coordonnés qui découlent de ces prises en soins nouvelles permise par ces systèmes.

## **7. Accroître les dispositifs de type « accompagnement à la prescription » et demandes d'accord préalables ?**

Les pouvoirs publics se dirigent de plus en plus vers des mesures de limitation de prise en charge. L'article 48 de la LFSS 2025 a ainsi modifié l'article L162-1-7-1 du code de la sécurité sociale en introduisant la possibilité de subordonner la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé d'un examen de biologie ou d'un transport à la présentation d'un document établi par le prescripteur (pour des raisons de couts ou

de risque de mésusage selon la nouvelle loi). Les usagers sont les premiers pénalisés si le prescripteur décide de ne pas remplir les documents exigés.

Les prescripteurs et dispensateurs montrent déjà de fortes réticences arguant d'une charge de travail et d'une complexité supplémentaire qui les démotive à rester en activité, certains médecins témoignent devant leurs patients de la complexité de ce dispositif, qui implique la remise d'un formulaire au patient en plus de la démarche dématérialisée.

A titre d'exemple, concernant la prescription renforcée des analogues du GLP-1, introduite via l'article 73 de la LFSS 2024.

La CSMF appelé au « boycott » de cette disposition, appelant à une « grève » des formulaires, voire des menaces de « déplacement » des médecins

La FSPF a considéré que ce dispositif créerait de la complexité et des incompréhensions au comptoir. L'USPO a demandé sa « suspension immédiate ».

- **France Assos Santé demande que les représentants d'usagers soient associés aux discussions préalables à la mise en place éventuelle de ce type d'outils.**

Par exemple concernant les transports partagés, **une sensibilisation concernant les incompatibilités à ce mode de transports sont nécessaires, au-delà de la « nécessité d'asepsie ».**

- Le rallongement de temps de trajet et d'attente peut accentuer voire rendre insupportable la fatigabilité, en plus des nombreux effets secondaires (nausées, vomissements, arythmie, hémorragies, etc.) notamment pour des personnes ayant des soins lourds et/ou itératifs (dialyse, chimiothérapie etc.), une longue journée de rendez-vous (bilans dans le cadre de maladies chroniques ou maladie rare) ou suivies dans un établissement éloigné du domicile (ex centre de référence...), ou encore des déplacements plusieurs fois par semaine ;
- La nécessité d'un accompagnant dont la présence ne sera pas toujours possible lors des transports partagés ;
- Des besoins d'hygiène et de surveillance particuliers à prendre en compte (autonomie, dépendance.).

### **Concernant les demandes d'accord préalables**

- Nous sommes favorables à cette possibilité, dès lors qu'elle reste une possibilité et non une obligation. Notamment dans le cadre de certaines situations où le professionnel de santé estime qu'une prescription est légitime, même si le cadre strict des recommandations n'est pas respecté
- Si nous avons conscience que cela risque d'induire une charge supplémentaire pour le service médical de l'Assurance maladie, cela permet néanmoins de ne pas pénaliser des prises en charge si une situation de santé spécifique le

justifiait, et de maintenir une liberté de prescription. Ces demandes devront néanmoins être simples et les réponses dans des délais qui restent courts et en cas de refus le motif doit être explicite.

## **8. Quels nouveaux dispositifs pour limiter efficacement le gaspillage ?**

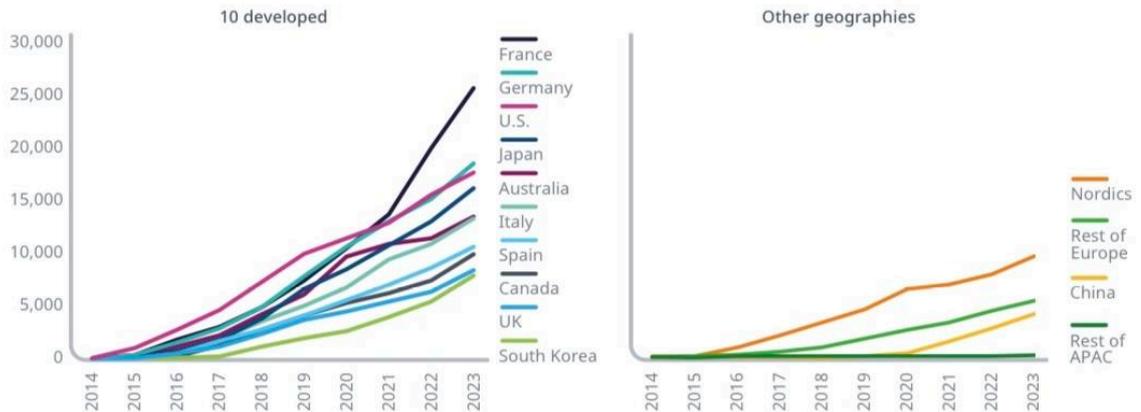
**D'une manière globale, la question de la refonte des financements est à revoir :**

- Financements collectifs aux parcours des personnes atteintes de maladies chroniques, avec la création d'une équipe de soins traitante, coordonnée, serait de nature à dissuader la multiplication des actes inutiles avec une amélioration à l'accès à la santé en libérant du temps médical.
- L'introduction de financement à la qualité, avec notamment les PREMS et les PROMS, pour l'ensemble des prises en charge, y compris les transports qui font partie intégrante du parcours de soins
- Lutter contre les rentes de situations
- Lutter contre les sur prescriptions d'immunothérapies en oncologie et repérer les financements qui sont à l'encontre des patients : dans la désescalade de traitements comme les signatures génomiques qui évitent à certaines patientes avec un cancer du sein (RH+ HER2-) une chimiothérapie. Reste à charge pour les établissements dans les tests et perte des journées d'hôpital de jour pour l'administration de chimiothérapies.

- Ci-dessous les prescriptions d'immunothérapies dans le monde :

## The use of checkpoint inhibitors has risen rapidly in major markets with variations on a per capita basis and some lagging

Exhibit 42: PD-1/PD-L1 checkpoint inhibitor defined daily doses (DDDs) per 100k population, 2014–2023



Source: IQVIA MIDAS, Dec 2023; The World Bank, Jul 2023; IQVIA Institute, Apr 2024.

- The wide adoption of PD-1/PD-L1 checkpoint inhibitors reflects their strong efficacy across a range of solid tumors, including several with tissue-agnostic approvals triggering their use with biomarker testing results.
- Usage has varied considerably across countries, with the U.S., Germany, and France using two to three times more of these drugs per capita than the UK and South Korea.
- Many of the major European countries have highly similar rates of usage to other developed markets, including the Nordic countries.
- China, which had limited use of these medicines until 2021, has pulled away in per capita use from other Asian markets and is now only half the level of use seen in the UK.
- Use of these medicines is influenced by the use of biomarker testing as well as the position in protocols, where the drugs are progressively moving to earlier lines of therapy with longer treatment durations.

## Sur les produits de santé

- De nombreuses actions ont été relativement engagées, aussi bien par la CNAM que les ARS. Les retombées sont cependant encore considérées comme insuffisantes. Le cloisonnement entre la ville et l'hôpital notamment limite la portée et la visibilité des actions et programmes visant l'amélioration de la pertinence.
- Malgré quelques avancées, le bilan de ces actions est visiblement difficile à établir.<sup>1</sup> En ville et à l'hôpital, les mesures prises ne sont pas assez efficaces pour

<sup>1</sup> [Irdes, la pertinence des soins en France, les principaux dispositifs et leurs évaluation, synthèse documentaire, novembre 2018](#)

mobiliser durablement les acteurs, mais surtout elles peuvent être avant tout perçues pour les usagères et les usagers comme autant de mesures de « maîtrise comptable<sup>2</sup> ».

### Les propositions de France Asso Santé

- a. **Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyper-polymédiquées (>10 médicaments par jour).**
  - Nous proposons la création d'une « task force » chargé de définir les contours du grand projet national. Constituée de : HAS, ANSM, CNAM, France Assos Santé, elle s'appuierait notamment sur les sociétés savantes et les CNP concernées (gériatrie, cardiologie, santé mentale).
  - La Task Force validera les objectifs par classes de médicament et pourra s'appuyer sur la sélection d'algorithmes, inspirés notamment par l'expérience du « réseau déprescription » canadien<sup>3</sup>.
  - Cette structure aurait pour objet de définir des objectifs de baisse du nombre des prescriptions de produits de santé dans les classes thérapeutiques bien identifiés (IPP, Psychotropes par exemple).
- b. **Commencer par prescrire les interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication**
  - La prescription trop systématique de médicaments associée ou non à un dispositif médical ne permet pas d'encourager la mise en œuvre des interventions non-médicamenteuses, pourtant plus efficaces que les médicaments et quasiment sans risque associé, et ce pour la majorité des patients diagnostiqués à un stade initial précoce.
  - Nous proposons de diminuer drastiquement la fréquence des primo-prescriptions jugées trop systématiques et consécutives au repérage initial de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension, hyperglycémie).
  - France Assos Santé propose d'introduire un bilan de prévention primaire initié à l'occasion des consultations aux étapes clés (45 et 60 ou 65 ans) ou lors de toute consultation caractérisée par le premier repérage de facteurs de risques cardiovasculaires chez un patient (TA, cholestérol, glycémie).
  - Ce bilan devrait permettre un suivi organisé par la CNAM dans le cadre de sa stratégie d'accompagnement et pourrait se traduire par l'ouverture d'un dossier 4P pour « Plan personnalisé de prévention primaire » reposant sur un protocole

---

<sup>2</sup> Par exemple le rapport de l'IRDES de 2018 inclut un paragraphe sur les génériques. Or la prescription de générique ne permet pas de garantir une prescription pertinente, au même titre qu'une prescription de princeps. Les objectifs d'efficacité économique et de pertinence sont confondus.

<sup>3</sup> <https://www.reseaudeprescription.ca/algorithmes>

privilégiant l'accompagnement des mesures non médicamenteuses les plus efficaces. Le plan de prévention doit également **impliquer les autres professionnels de santé si besoin (pharmacien, IPA, nutritionniste, addictologue, etc...)**.

**c. Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence**

Concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

- Le traitement repose aujourd'hui très largement sur le traitement par pression positive continue (PPC) alors que les recommandations de la HAS ciblent **l'orthèse mandibulaire (OAM) comme traitement de première intention** pour certains patients.
- La sur prescription de PPC peut donc s'expliquer par le fait que la majorité des patients souffrent d'apnée sévères ou par le fait que les médecins ne respectent pas les recommandations.
- Une vérification pourrait être faite étant entendu que la prise en charge de l'OAM et de la PPC nécessitent une entente préalable.

Concernant la sur prescription des antibiotiques et fluoroquinolones (antibiotique)

- Une restriction des indications a été décidée en 2019, par suite de la réévaluation de l'analyse bénéfices/risques des fluoroquinolones réalisé en 2018 au niveau Européen.
  - Les fluoroquinolones ne doivent être prescrites qu'après avoir soigneusement évalué leurs bénéfices au regard des risques d'effets indésirables attendus, et après en avoir informé le patient.
  - Ces molécules réservées aux infections graves continuent d'être utilisées et recommandées en prophylaxie alors qu'il n'y a aucune infection, en ophtalmologie pour des opérations oculaires, en urologie (pour des biopsies de la prostate et pour des cystites).
  - Les prescriptions de fluoroquinolones sont en France à un niveau plus de deux fois supérieur à nos voisins allemands et anglais Un encadrement strict des prescriptions doit être mis en œuvre..
- d. Communiquer une meilleure information aux prescripteurs, usagers et personnes malades**
- Plusieurs causes profondes d'une évolution trop lente des comportements des prescripteurs comme des usagers peuvent être évoquées :

- Une sous-estimation des risques associés à la polymédication et aux mésusages (surprescription).
- Une absence de prise en compte des indicateurs de résultats pertinents
- Le non-respect des recommandations de bonne pratique

#### France-Assos-Santé propose

- **De mieux identifier les niveaux et les causes de sur-prescription** à partir des données françaises et des comparaisons internationales avec les pays voisins ayant les mêmes indicateurs de santé que la France
- **De renforcer la communication destinée aux professionnels de santé et aux usagers.** Il s'agit également de donner toute l'information nécessaire aux patients lors des consultations initiant ou renouvelant des prescriptions. La communication au grand public - mérite par ailleurs d'être **en premier lieu éducative** (intérêt ou non de tel médicament par rapport aux données scientifiques) et **non moralisatrice ni culpabilisatrice.**
- D'augmenter les possibilités d'études de pharmaco-épidémiologie menées par EPI-PHARE, permettant des actions ciblées sur des catégories de la population, des pathologies ou des molécules.
- **D'introduire plus d'indicateurs de qualité et sécurité des soins en médecine de ville**

### **9. Quelle méthode pour déployer l'ordonnance numérique à l'hôpital ?**

Déjà il faut constater le timide décollage de l'ordonnance numérique en ville, avec un taux d'exécution limité de ces ordonnances. Si le nombre d'ordonnance rédigées sous le format ordonnance numérique progresse nettement en ville et que le déploiement en établissement de cette modalité de prescription s'améliore, ces efforts seront peu fructueux tant que dans les officines de ville (ou auprès des autres professionnels exécutant) ces ordonnances ne seront pas toujours délivrées auprès du téléservice de l'assurance maladie. A fin juin 2024, malgré les 2.2 millions d'ordonnances numériques rédigées par mois, moins de 100.000 avaient été exécutées numériquement en pharmacie depuis le déploiement en 2022. Un chiffre qui semble en progression constante avec fin janvier 2025 880.000 ordonnances numériques exécutées. Il s'agit d'un pré-requis pour tirer les bénéfices de la e-prescription, en prenant en compte en établissement les possibilités de consultation des délivrances par le prescripteur, qui doit se faire avec l'accord du patient et donc l'actualisation des process internes au sein des équipes. L'expérimentation en EHPAD avec seulement 21 ordonnances numérique montre aussi les difficultés de passage à l'échelle en établissement.

L'ordonnance numérique, comme les autres services socles publics du numérique en santé doit s'intégrer pleinement dans des modules interopérables des logiciels et DPI (Dossier Patient Informatisé) des établissements pour être utilisés naturellement par les professionnels et alimenter efficacement les DPI. Les fonctionnalités de l'ordonnance numériques doivent aussi être mises à profit des équipes de pharmacie clinique dans les établissements (réduction de la polymédication, interactions médicamenteuse, conciliation ville-hôpital, etc.).

### **10. Jusqu'où faut-il relier une part de la rémunération des PS à des objectifs de qualité et de pertinence ?**

- La rémunération des professionnels de santé liée à des objectifs de qualité et de pertinence est très largement sous-développée en France, notamment dans la médecine de ville, et parfois totalement absente (**transports sanitaires par ex**).
- Exemple pourrait être pris sur les « Organisations de Soins Intégrés Responsables » qui gèrent un budget délégué par l'assurance maladie (USA, tendance NHS England avec décentralisation).
- une part de paiement à l'acte peut être conservé à côté d'un salariat et d'une part de **capitation** (en fonction de la file active de patients)
- **les bonus à la qualité peuvent être distribués en fonction des résultats** (indicateurs morbi mortalité, **PROMS, PREMS**) (correspond au modèle US de « next generation » des organisations de soins intégrés avec modèle dit « à risque partagé » (existe dans le secteur premier recours hors hôpital)

### **11. y a-t-il des leviers du côté des assurés/patients ?**

- Il nous paraît utile de rappeler en premier lieu que les patients n'ont pas de responsabilité dans la prescription. La sur prescription ou la mal prescription est le résultat d'une évolution des pratiques sur le long terme créant une synergie forte entre les habitudes de prescription et les attentes initialement induites chez les patients. Ces derniers ne sont généralement pas en mesure de s'opposer ou de critiquer éventuellement la pertinence des prescriptions d'actes diagnostiques.
- Pour changer ce fonctionnement, c'est au médecin de prescrire moins et mieux. Ce changement passe par le respect des recommandations de la HAS et des bonnes pratiques par les médecins, l'aide via le développement des logiciels d'aide à la prescription, mais aussi par l'explication du bénéfice-risque des actes et des soins aux patients.

- C'est au professionnel de santé d'expliquer au patient que plus n'est pas forcément mieux, car la relation directe médecin-patient a plus de poids, aux yeux de ce dernier que les recommandations de la HAS, d'ailleurs peu accessibles pour les non-spécialistes, a fortiori dans un contexte de défiance ambiante vis-à-vis des institutions françaises.
- Pour ce qui concerne le suivi des maladies chroniques, les patients n'ont généralement pas connaissance ou accès aux référentiels de bonnes pratiques précisant notamment la périodicité recommandée (il est possible que la plus grande partie des actes de biologie inutiles s'explique par une prescription répétée trop fréquemment de bilans sanguins dans le suivi de certaines pathologies ou à des fins de surveillance/dépistage).
- Il arrive très probablement que des actes de biologie ou d'imagerie par exemple soient prescrits pour « rassurer » le patient, ce dernier n'ayant pas toujours été informé que le test est prescrit dans ce but. ç
- De plus, concernant la redondance éventuelle de ces examens, nous attendons plus d'interopérabilité pour éviter les cas d'examens réalisés en double, faute de transmission adaptée des comptes-rendus ou des clichés d'imagerie entre organisations de santé (prescripteurs, centres de radiologie, chirurgiens, etc.). Au-delà nous attendons beaucoup de la vague 2 du Ségur pour faciliter l'exploitation de **Mon Espace Santé**, à travers les informations des documents (classement et tri plus efficaces, recherche / synthèse par IA dans les pdf) et le partage de documents et mesures de santé entre MES et des services tiers via le catalogue d'application (prévu mais pas encore opérationnel) pour centraliser facilement ces données en un même endroit.
- Il nous paraît intéressant de noter que bien que la responsabilité de la prescription soit celle des professionnels de santé, ceux-ci se voient proposer un cortège de mesures incitatives à la pertinence, alors qu'à l'inverse s'agissant des usagers, la stratégie va dans le sens d'une pénalisation avec une hausse des restes à charge (franchises, participations forfaitaires, baisse de remboursement..). Or cette stratégie entraîne des effets contre productifs, avec des risques de renoncement aux soins et un creusement des inégalités d'accès aux soins.
- La pénalisation financière des prescripteurs pourrait être un levier de pertinence

**Les leviers concernant les patients sont donc liés à l'information, la communication et leur implication leur permettant une autodétermination dans le domaine de la santé. Pour cela il est nécessaire de :**

- Communiquer de façon accessible sur les recommandations de bonne pratique en vérifiant leur bonne compréhension.
- Ne pas limiter la communication des campagnes de bon usage aux rapports entre la CNAM et les spécialistes (exemple : en France, 40% des radiographies

lombaires prescrites ne respecterait pas les recommandations HAS, la gestion des risques de la CNAM s'adresse en priorité aux médecins prescripteurs et aux radiologues.)<sup>4</sup>. A noter le risque d'iatrogénie pour les patients qui n'en sont pas informés.

L'exemple Belge est à retenir pour toucher le grand public : la communication est organisée par l'agence de santé publique fédérale : Comm "pas de rayon sans réflexion<sup>5</sup> » et inclut des témoignages de médecins généralistes.

## **12.Règles conventionnelles de contrôle de la suractivité ? Encadrer le remplacement / le salariat ?**

Force est de constater que s'appuyer uniquement sur les règles conventionnelles ne permet pas d'atteindre les objectifs à ce stade :

- La négociation nationale ne tenant pas assez compte des réalités du terrain (surtout en l'absence de planification de l'offre).
- jeu de rôle documenté entre syndicat et CNAM (menaces de grèves, tribunes, épreuves de force régulières)
- approche budgétaire descendante versus mesures structurelles et réformes des modèles économiques
- évolution timide en France

Le risque politique aboutit à favoriser les arbitrages en faveur des syndicats de médecins

- ➔ Approche comptable de court terme qui explique l'absence de stratégie nationale en matière de santé et retard dans les réformes structurelles qui pénalise à terme les usagers.
- ➔ Perception d'un système bureaucraté peu efficient

## **13.Quelle régulation macro de formation/installation au regard des besoins d'offre de soins à 10 ans ?**

Pour France Assos Santé, seul le véhicule législatif permettrait d'aller vers des solutions permettant une meilleure répartition de l'offre de soins de premier recours au regard de la forte résistance des syndicats de médecins et de l'échec des mesures incitatives jusqu'alors tentées. **Nous demandons la mise en œuvre d'une forme de régulation de l'installation des médecins.** Certains médecins deviennent des mercenaires en demandant des salaires au-delà du raisonnable et accumulent les aides à l'installation

---

<sup>4</sup> [Objectif pertinence en Imagerie Médicale, Fédération nationale des médecins radiologues](#)

<sup>5</sup> <https://youtu.be/sTSRfe24AFA>

en s'installant le temps des aides et se déplaçant dans une autre région pour percevoir ces mêmes aides sur un autre territoire. La pénurie de médecin incite à ces pratiques inacceptables, une régulation s'impose afin d'inciter les médecins à s'installer:

- Grilles de salaires pour les remplacements
- Une seule aide à l'installation durant sa vie professionnelle
- Convention type de collaboration pour les libéraux

A ces mesures essentielles devraient être adjointes une série de mesures :

- Augmentation du recrutement de médecins étrangers ou à diplôme étrangers (faible % en France comparé à d'autres pays). → Contexte politique et réticences des médecins, carrières peu attractives (PADHUE)
- Délégation de tâches (IDE Azalée, pharmaciens d'officine, IPA) avec parcours de professionnalisation des IPA.
- Sortir même partiellement une partie de l'activité de prévention primaire des objectifs des MG (peu efficace, trop médicalisé et se traduisant par des prescriptions de médicaments en prévention primaire). → Favoriser l'approche populationnelle et miser sur les collectivités locales (activité physique, alimentation, éducation santé des plus jeunes, système éducatif, etc...)

Décentralisation après péréquation budgétaire et flexibilité sur la réorganisation des territoires gérés au niveau régional comme dans la majorité des pays comparables (Allemagne, Espagne, Angleterre, Italie, Canada, etc...). La centralisation « à la française » n'a pas permis de freiner la progression des inégalités territoriales devenues « critiques »

→ Ex : tentative de débureaucratiation de l'échelon central en Angleterre (suppression du NHS comme organisation administrative centralisée. Déclaration récente à la chambre des communes du Premier Ministre anglais (travilliste) : « *En réduisant les niveaux de bureaucratie et en mettant fin à l'infantilisation des dirigeants du NHS de première ligne, nous mettrons les fournisseurs locaux du NHS libres d'innover, de développer de nouvelles façons de travailler productives et de se concentrer sur ce qui compte le plus : fournir de meilleurs soins aux patients* »



## Contribution France Assos Santé

### Questionnaire Chefs de file Mission sur le financement de la maladie

#### Dette Covid et relation Etat-Assurance maladie

Les reprises de déficit par la CADES prennent fin en 2023 pour un amortissement des dettes transférées à la CADES jusqu'en 2033. Sans solution, le poids de la dette pourrait s'aggraver en fonction de l'évolution des taux d'intérêt sur les marchés bancaires. L'audition du Secrétaire Général de la cour des Comptes, M. Viola, a démontré qu'il était possible de démanteler la CADES en réaffectant la dette sociale à amortir à l'Etat et en transférant aux branches de sécurité sociale des ressources permanentes de la CADES (CSG & CRDS). La CRDS serait ainsi transformée en + 0,5 points de CSG (soit 9 milliards d'euros). Néanmoins, M. Viola précisait que cette hypothèse présentait le risque de fragiliser l'autonomie financière de la sécurité sociale et « d'évaporation » des recettes de la CADES, alors transformées en des dépenses courantes supplémentaires.

#### Questions :

- Est-il opportun de démanteler la CADES en réaffectant, à l'Etat, la dette sociale à amortir ?
- Faut-il augmenter le plafond de reprise de la CADES via une loi organique ?
- Doit-on réorganiser le périmètre Etat /Assurance Maladie dans le cadre du 6<sup>ème</sup> sous-objectif de l'ONDAM.

France Assos Santé considère, qu'à tout le moins, une partie de la dette liée au COVID doit être réaffectée à l'Etat. En effet les choix et décisions du gouvernement n'ont pas vocation à être portés par la Sécurité Sociale (exonérations de cotisations, chômage partiel, prise en charge des arrêts pour farde d'enfants, etc..), Une compensation de ces ressources sont à prévoir notamment sur une CSG sur les revenus du capital ou une TVA sur les produits de luxe. (mesure proposée à Dominique LIBAULT.) Taxe sur les jeux ou sur les écrans.

Aujourd'hui les contributions à la sécurité sociale reposent surtout sur les français moyens qui travaillent et reste moindre pour les revenus des actionnaires.

Par ailleurs, concernant le 6<sup>ème</sup> sous objectif, au regard du transfert massif de l'Etat vers l'Assurance Maladie et des règles imprécises de compensation, il nous apparaît nécessaire de clarifier les financements. En effet de nombreuses agences et institutions relèvent clairement de missions de l'Etat et non de l'Assurance maladie.

### Mesures paramétriques pour redresser rapidement les comptes

Les auditions ont montré qu'il était possible d'agir rapidement en matière de dépenses par des mesures paramétriques, même si cette solution présente évidemment des limites :

- L'augmentation des tickets modérateurs reportant les dépenses sur les assurances complémentaires ou les ménages, entraînant notamment un fort « effet anti-distributif ».
- Les participations forfaitaires et les franchises ne permettent pas de responsabiliser l'assuré dans la mesure où ils ne sont pas maîtres des prescriptions.

#### Questions :

- Faut-il augmenter le niveau ou le plafond des participations forfaitaires et franchises ?
- Faut-il augmenter le ticket modérateur sur certains soins ?
- Faut-il responsabiliser le patient en déremboursant/diminuant le taux de remboursement des soins en cas de non-observance thérapeutiques ?
- Faut-il pénaliser les assurés qui ne réalisent pas les actions de prévention qui leur sont proposées par l'Assurance Maladie ?

Sans surprise France Assos Santé est opposée aux mesures visant à alourdir le reste à charge des usagers. Les barrières financières sont un motif connu de renoncement aux soins, et affectent en premier lieu les personnes les plus défavorisées, qui précisément ont les déterminants de santé les plus défavorables. Nous sommes donc opposés au relèvement des franchises et participations forfaitaires ainsi qu'à la hausse des tickets modérateurs. Si les restes à charge officiels sont estimés à 274<sup>e</sup> par an par la DREES, cela cache des disparités importantes, sachant que pour les personnes en ALD on se situe en moyenne autour de 840€ par an, sans compter les dépenses qui échappent aux radars et qui selon l'étude d'octobre 2024 de France Assos Santé<sup>1</sup> s'élèvent à elles seules à plus de 1550€ en moyenne, ce dernier chiffre est en adéquation avec les études de la Ligue contre le cancer pour les personnes atteintes de cancer.

Concernant la responsabilisation des patients, celle-ci ne peut être brandie, alors même que la responsabilité collective de fournir un environnement permettant aux usagers d'être responsables n'est pas remplie. Quelle politique d'éducation à la santé ? Quid des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins et à la prévention ? Comment exiger la responsabilisation des usagers sans prendre en compte les déterminants nombreux qui les empêchent d'avoir les moyens d'être responsables ? Quid de l'information à l'attention des usagers qui n'arrive pas à les atteindre ? Par contre les lobbies de l'alcool, le tabac, le sucre vantent les produits nocifs pour la santé. Quid des orientations des personnes vers des addictologues, tabacologues, diététiciens plutôt que de les taxer. L'addiction est une maladie.

---

<sup>1</sup> [https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9\\_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/](https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/)

L'observance des traitements par les patients est un défi de santé publique avant d'être un défi économique. Dans notre pays, 30 % des soins prescrits sont reconnus comme inutiles. A population comparable certains actes de chirurgie varient de 1 à 4 d'un département à l'autre par exemple. 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 et de faire courir des risques avant tout aux patients les plus vulnérables.

Nous sommes favorables à la responsabilisation de chacun mais uniquement si la responsabilité collective consistant à permettre à chacun d'être responsable est engagée. Avec des médecins qui orientent ces patients vers des spécialistes avec de l'éducation à la santé à tous les âges de la vie.

Notamment, nous pensons que l'amélioration des comptes passera par une meilleure prise en charge des patients, et notamment un meilleur accès aux soins de premier recours. L'amélioration de l'accès aux soins, que ce soit sur le volet territorial que sur le volet financier, permet de lutter contre le renoncement ou le report de soins, et d'éviter les complications liées aux retards de soins coûteux pour l'Assurance maladie. De nombreuses hospitalisations d'urgence, coûteuses, pourraient également être évitées si une offre de soins primaires suffisante était disponible selon l'OCDE<sup>2</sup>. La France fait face à une désertification médicale croissante, avec des inégalités flagrantes dans l'accès aux soins entre les territoires. Plus de 6 millions de français n'ont pas de médecin traitant. Ceux-ci sont également victimes de délais d'accès aux soins de plus en plus longs souligne la DREES. En 2024 certains départements atteignent 17 % de personnes sans médecin généraliste. L'accès à certaines spécialités et examens se dégrade également avec des délais et des distances toujours plus longues pour y accéder. Sans compter que de plus en plus de spécialistes s'installent en secteur 2 (plus de 70% des nouveaux médecins qui s'installent) et pratiquent des dépassements d'honoraires qui constituent un renoncement aux soins fréquent.

Des retards de diagnostics, notamment de cancers, dans ces zones engendrent des « pertes de chances » pour ces patients, ils arrivent tardivement dans le système de santé et une augmentation des dépenses est à prévoir dans les années qui viennent car des traitements plus coûteux seront nécessaires avec un coût humain et social important (augmentation des effets indésirables, séquelles, perte d'emploi... Nous prônons donc plutôt des mesures de régulation territoriale et des dépassements d'honoraires.

## Mesures sur l'efficacité de la dépense de santé

Les auditions ont mis en évidence l'existence de gisements d'économies en matière d'efficacité des soins et de respect des bonnes pratiques, dans un contexte où les dépenses augmentent dans l'ensemble des secteurs (IJ, dentaire, paramédicaux, honoraires, médicaments, dispositifs médicaux...).

### à Questions :

- Quels gisements d'efficacité des soins identifiez-vous ?
- Comment mieux réguler les prescriptions hospitalières exécutées en ville ?
- Faut-il revoir le niveau ou les modes de rémunération des professionnels de santé ? Si oui, selon quelles modalités ?

---

<sup>2</sup> [https://www.ajef.net/wp-content/uploads/2016/12/Lutter-contre-le-gaspillage\\_Synth%C3%A8se-FR.pdf](https://www.ajef.net/wp-content/uploads/2016/12/Lutter-contre-le-gaspillage_Synth%C3%A8se-FR.pdf)

- Considérant que la santé n'est pas un marché comme les autres, comment l'Assurance Maladie pourrait-elle mieux capter les gains « excessifs » de productivité voire de rentabilité de certains secteurs ?
- De quelles expériences étrangères l'Assurance Maladie pourraient-elles s'emparer pour mieux réguler le panier de soins ?

S'il y a bien un levier majeur d'économies dans le domaine de la santé, c'est bien dans le domaine de la pertinence des actes et des soins et de la valorisation de la qualité, qu'il faut le chercher. Les marges sont en effet très importantes, en adoptant une politique forte visant à améliorer les prescriptions dans le respect des recommandations, la réduction des paiements à l'acte qui induisent une course à l'activité, et de fait une multiplication des actes, parfois inutiles, voire allant à l'encontre de la qualité de la prise en charge, qui sont source de dépenses injustifiées pour l'Assurance maladie.

La sur-médication des personnes âgées, notamment, entraîne des effets indésirables qui peuvent être graves, des risques de chutes, et des hospitalisations ainsi qu'une perte d'autonomie accélérée, avec un surcoût certain pour la Sécurité Sociale.

Nous soumettons plusieurs propositions (cf annexe contribution HCAAM) :

- **Réduire la part de tarification à l'acte en ville pour aller vers plus de financements à la capitation en équipe pluriprofessionnelle, intégrant de la prévention et des indicateurs de résultats patients (PROMS et PREMS)**

Le paiement à l'acte a montré ses limites aussi bien concernant la qualité de la prise en charge, que l'efficacité des dépenses de santé, dans la mesure où ce qui est récompensé est le volume plus que la valeur. L'expérimentation PEPS ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients, d'optimiser les parcours de santé, et d'accroître l'efficacité des dépenses, avec un accent sur la coopération et la coordination entre acteurs et institutions a montré des résultats encourageants. Nous proposons une généralisation de ce dispositif, en intégrant des indicateurs de résultats rapportés par les patients. Le développement d'indicateurs robustes de qualité et de sécurité des soins constitue une priorité absolue. Ces indicateurs doivent être élaborés en concertation avec les associations d'usagers pour refléter les dimensions réellement importantes du point de vue des patients.

- **Augmenter la part du financement à la qualité et refondre le dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) à l'hôpital**

L'enveloppe de 700M€ pour l'IFAQ, la même depuis 3 ans, ne représente que 0,7% du financement total des établissements. Ce niveau est très en deçà des standards internationaux (2-4% au Royaume-Uni, 2% pour Medicare aux USA, 1-3% en Suède et aux Pays-Bas). Les études internationales suggèrent qu'une incitation inférieure à 1% a des effets limités ou nuls sur les changements organisationnels. Par ailleurs, le dispositif est complexe et opaque avec des règles de calculs qui demeurent illisibles pour les acteurs. Les modalités de calcul sont dispersées dans plusieurs articles et annexes ; Les formules de valorisation combinent de nombreux paramètres : résultats, évolution, groupes, seuils ; le système de pondération avec des coefficients multiples est complexe, les références croisées entre articles rendent la lecture difficile. Même avec une bonne « performance IFAQ », l'impact financier a toutes les chances de rester très modeste par rapport aux efforts nécessaires, surtout pour les établissements de taille moyenne.

Une refonte de ce dispositif est nécessaire et devrait s'appuyer sur les recommandations émanant de l'IGAS et notamment :

- La création d'une instance nationale de pilotage dédiée, associant les représentants des usagers via France Assos Santé
  - Une simplification radicale des procédures de collecte et de reporting
  - Une révision profonde du choix des indicateurs privilégiant résolument ceux centrés sur les résultats et l'expérience patient dans un cadre permettant de mobiliser les soignants et en associant notamment les sociétés savantes et les corps intermédiaires
  - Une réflexion stratégique sur les conditions d'appropriation au plus près du terrain, préalable à la définition d'une trajectoire pluriannuelle d'augmentation progressive vers un niveau de 2-3% du financement, plus cohérent avec les objectifs de transformation qualitative du système de santé
- **Introduire une régulation des investissements financiers dans le champ de la santé / Modéliser des financements au parcours avec des indicateurs patients (PROMS et PREMS) pour les activités de soins induisant des rentes financières**
- La régulation économique doit être significativement renforcée par l'instauration d'un mécanisme d'ajustement tarifaire automatique lorsque les niveaux de rentabilité dépassent certains seuils prédéfinis, particulièrement dans les secteurs identifiés comme générant des marges anormalement élevées souvent depuis trop longtemps.
- Par ailleurs, l'incitation à la pertinence des soins constitue un levier majeur pour l'avenir. Il convient d'introduire plus largement des mécanismes de paiement liés aux résultats cliniques et à la valeur réelle créée pour les patients. Le développement d'indicateurs robustes de qualité et de sécurité des soins constitue une priorité absolue. Ces indicateurs doivent être élaborés en concertation avec les associations d'usagers pour refléter les dimensions réellement importantes du point de vue des patients. Leur mesure systématique et leur publication transparente permettraient d'orienter tant les choix des usagers que les stratégies des opérateurs.
- Une réforme structurelle des modèles de tarification apparaît nécessaire pour récompenser la valeur plutôt que le volume. En envoyant un signal fort que les bénéfices futurs seront générés par les « opérateurs métiers » engagés dans la réduction du gaspillage et l'amélioration de la qualité des soins, nous modifierions progressivement les anticipations des investisseurs et leurs stratégies d'acquisition. Les « opérateurs financiers » misant sur le maintien de rentes doivent prendre conscience que les positions ne seront pas soutenables ou trop risquées sur le court-moyen terme.
- L'équilibre entre la nécessaire modernisation de l'offre de soins et la préservation de sa qualité et de son accessibilité pour tous constitue l'enjeu fondamental auquel nous sommes confrontés. Une approche pragmatique, fondée sur des principes clairs mais tenant compte des réalités économiques, est nécessaire. Si des investissements sont nécessaires, il faut privilégier les opérateurs "métiers", et non les investisseurs « financiers », qui peuvent jouer un rôle positif dans la transformation du système de santé s'ils sont correctement régulés et incités à privilégier la qualité.
- **Renforcer la consultation de l'Espace Numérique de Santé par les professionnels de santé**
- Si l'alimentation de l'Espace Numérique de Santé doit continuer à se renforcer pour tendre vers l'exhaustivité, ce sont les usages qui sont désormais à développer. Au mois de mars 2025, seulement 600 000 documents avaient été consultés par des professionnels de santé (pour 290 000 usagers). Les usagers, eux, se sont approprié l'outil, avec plus de 2 millions de personnes qui consultent chaque mois leur Espace Numérique de Santé et près 7,3 millions de documents consultés en mars 2025, démontrant sa plus-value comme outil de gestion de leur

dossier médical. Pourtant les Espaces Numériques de Santé, désormais plus remplis que jamais, devraient être une ressource utile pour les professionnels pour améliorer les prises en soins de leurs patients. En particulier deux points d'amélioration à la fois bénéfiques pour les patients et vecteurs d'économie sont à développer :

- **Diminuer les prescriptions d'examens redondants de biologie et d'imagerie.** Il arrive encore trop souvent que des examens soient re-prescrits aux patients faute d'avoir les résultats ou compte-rendus ou faute de connaissance concernant la réalisation d'examens antérieurs mais dont les résultats seraient valides. Il faut noter cependant que dans un nombre significatif de cas, ces résultats ne sont pas portés à la connaissance du patient directement dans un délai raisonnable, ce qui peut conduire à la prescription ou réalisation d'un acte supplémentaire, en particulier dans les parcours entre la ville et l'hôpital. Dans ces cas, la consultation de l'espace numérique de santé peut faciliter l'identification d'examens réalisés et de leurs résultats quand ils y ont été versés et permettre au professionnel d'éviter les prescriptions redondantes ou requérir les résultats précédents dans le cas où le patient n'en a pas été le destinataire.

- **Diminuer les prescriptions inappropriées en complétant le tableau clinique à la disposition du professionnel de santé les données versées dans l'espace numérique de santé.** Par exemple l'accès facilité au bilan biologique qui peut comporter des indicateurs de la fonction rénale (examen prescrit régulièrement chez les patients chroniques ou âgés) peut être déterminant pour l'adaptation du dosage d'un médicament. Dans le cadre de la coordination ville - hôpital ou dans les parcours complexes des patients avec des multimorbidités ou de nombreux spécialistes interviennent, cet enjeu de iatrogénie est crucial. Les prescriptions inappropriées ou éventuelles interactions médicamenteuses qui peuvent être anticipées et évitées représentent un potentiel d'économie important en évitant des effets indésirables potentiellement graves et coûteux quand ils engendrent des hospitalisations.

La mise en place d'indicateurs d'usages, à prendre en compte dans le calcul du versement du forfait numérique des médecins notamment, permettrait donc d'encourager les professionnels de santé à consulter et utiliser les données versées dans l'espace numérique de santé, dans un objectif d'économies à court et moyen termes pour l'assurance maladie et au bénéfice de la qualité de soins et de vie des usagers.

- **Engager un grand projet national de déprescription en commençant par les personnes hyperpolymédiquées (>10 médicaments par jour).**

Nous proposons la création d'une « task force » chargé de définir les contours du grand projet national. Constituée de : HAS, ANSM, CNAM, France Assos Santé, elle s'appuierait notamment sur les sociétés savantes et les CNP concernées (gériatrie, cardiologie, santé mentale).

La Task Force validera les objectifs par classes de médicament et pourra s'appuyer sur la sélection d'algorithmes, inspirés notamment par l'expérience du « réseau déprescription » canadien . Cette structure aurait pour objet de définir des objectifs de baisse du nombre des prescriptions de produits de santé dans les classes thérapeutiques bien identifiés (IPP, Psychotropes par exemple).

- **Renforcer les prescriptions des interventions non-médicamenteuses lors du premier repérage de facteurs de risque cardiovasculaire afin d'éviter la cascade de la polymédication**

La prescription trop systématique de médicaments associée ou non à un dispositif médical ne permet pas d'encourager la mise en œuvre des interventions non-médicamenteuses,

pourtant plus efficaces que les médicaments et quasiment sans risque associé, et ce pour la majorité des patients diagnostiqués à un stade initial précoce.

Nous proposons de diminuer drastiquement la fréquence des primo-prescriptions jugées trop systématiques et consécutives au repérage initial de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension, hyperglycémie).

France Assos Santé propose d'introduire un bilan de prévention primaire initié à l'occasion des consultations aux étapes clés (45 et 60 ou 65 ans) ou lors de toute consultation caractérisée par le premier repérage de facteurs de risques cardiovasculaires chez un patient (TA, cholestérol, glycémie).

Ce bilan devrait permettre un suivi organisé par la CNAM dans le cadre de sa stratégie d'accompagnement et pourrait se traduire par l'ouverture d'un dossier 4P pour « Plan personnalisé de prévention primaire » reposant sur un protocole privilégiant l'accompagnement des mesures non médicamenteuses les plus efficaces. Le plan de prévention doit également impliquer les autres professionnels de santé si besoin (pharmacien, IPA, nutritionniste, addictologue, etc...).

- **Mieux prendre en compte les cas de mésusage à fort impact pour garantir le respect des recommandations et assurer une plus grande transparence**

**Concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) :**

Le traitement repose aujourd'hui très largement sur le traitement par pression positive continue (PPC) alors que les recommandations de la HAS ciblent l'orthèse mandibulaire (OAM) comme traitement de première intention pour certains patients.

La sur prescription de PPC peut donc s'expliquer par le fait que la majorité des patients souffrent d'apnée sévères ou par le fait que les médecins ne respectent pas les recommandations.

Une vérification pourrait être faite étant entendu que la prise en charge de l'OAM et de la PPC nécessitent une entente préalable.

**Concernant la sur prescription des antibiotiques et fluoroquinolones (antibiotique)**

Une restriction des indications a été décidée en 2019, par suite de la réévaluation de l'analyse bénéfices/risques des fluoroquinolones réalisé en 2018 au niveau Européen.

Les fluoroquinolones ne doivent être prescrites qu'après avoir soigneusement évalué leurs bénéfices au regard des risques d'effets indésirables attendus, et après en avoir informé le patient.

Ces molécules réservées aux infections graves continuent d'être utilisées et recommandées en prophylaxie alors qu'il n'y a aucune infection, en ophtalmologie pour des opérations oculaires, en urologie (pour des biopsies de la prostate et pour des cystites).

Les prescriptions de fluoroquinolones sont en France à un niveau plus de deux fois supérieur à nos voisins allemands et anglais Un encadrement strict des prescriptions doit être mis en œuvre.

**Identifier les financement qui vont à l'encontre des patients :** enlever les restes à charges des établissements de santé sur les tests en oncogénétique qui servent à identifier des cibles pour prescrire les thérapie ciblées. En effet dans le RIHN les ETS doivent participer au financement de ces tests à hauteur de 50% et ils ne peuvent pas assumer cette dépense. Par contre les oncologues prescrivent les thérapie ciblées sans effectuer ce test rendant les traitements inefficaces pour la majorité des patients avec des effets indésirables majeurs et une dépense inutile pour l'assurance maladie.

Pour France Assos Santé, on ne peut avoir une analyse en silo des dépenses, par exemple regarder les dépenses de transports sans prendre en compte l'impact et l'évolution du système de santé : virage ambulatoire, éloignement des soins, déserts médicaux...n'a pas de sens. Nous pensons qu'il est nécessaire d'avoir une approche globale de parcours. Les dépenses de transport doivent être regardées au regard de l'évolution des prises en charges :

- Ambulatoire objectif à 80%
- Hôpital de jour en oncologie et d'autres spécialités
- Respect de la gradation des soins en chirurgie oncologique avec des déplacements d'un ETS à un autre

### Mesures visant à augmenter les recettes

Selon Le Secrétaire Général de la Commission des Comptes, le sujet des recettes est incontournable et mérite d'être exploré tout en ne négligeant pas les potentiels effets sur l'emploi, la productivité des entreprises ou bien encore le pouvoir d'achat des ménages.

Questions :

- Faut-il revenir sur le traitement social de certains compléments de salaire pour les réaffecter à la branche maladie ?
- Faut-il modifier le niveau ou le calibrage des allègements généraux de cotisations ? Si oui, comment ?
- Etes-vous favorable à une augmentation de la CSG sur tout ou partie des ménages ?

Le rapport Bozio-Wasmer a mis en évidence l'impact délétère des mesures d'exonérations sociales des employeurs qui s'élèvent à plus de 75Milliards d'euros en 2023. Celles-ci privent non seulement la Sécurité Sociale de recettes importantes, mais maintiennent des bas salaires sans pour autant avoir un réel effet sur l'embauche. Il nous apparaît donc nécessaire de remettre à plat l'ensemble de ces mesures, tout en analysant l'impact négatif qui pourrait découler d'une suppression de ces exonérations :

- Augmentation du chômage et baisse des financements AMO
- Baisse de la consommation avec baisse du PIB
- Baisse de la compétitivité des entreprises à l'exportation et faillites avec augmentation du chômage.

Il est donc nécessaire d'avoir une analyse fine des impacts bénéfiques/risques.

Concernant l'augmentation de la CSG et des contributions d'une manière globale, il s'agit d'une mesure à explorer mais avec une réflexion sur les modalités. Nous pensons que cette mesure devrait cibler les hauts et très hauts revenus exclusivement. La CSG devrait être augmentée pour les revenus autres que le travail, une TVA fléchée Sécurité Sociale sur les produits de luxe pourrait être envisagée

## Mesures visant à augmenter les recettes en renforçant le rôle assurantiel de l'assurance maladie

Les auditions ont tendu à démontrer que dans son rôle d'assureur, l'Assurance Maladie devait amplifier les liens de causalité entre ses produits et ses charges. Plusieurs pays ont mis en place des taxes sur les produits nocifs à la santé ou fléchi les taxes environnementales vers le système de santé. Si aujourd'hui, en France, plusieurs taxes comportementales (alcools et boissons sucrées, tabacs, véhicules) sont affectées en tout ou partie à d'autres branches que la maladie, elles restent à ce jour non significatives en dehors des taxes sur les tabacs. Par ailleurs, certaines recettes compensant des externalités négatives ne sont pas toutes affectées à l'Assurance Maladie. C'est, par exemple, le cas d'une partie des droits sur les alcools qui est affectée à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou de la taxe sur les conventions d'assurance, créée en 1967, qui est fléchée vers la CNAF. Enfin, l'Assurance Maladie ne capte que 25 % de l'assiette sur les taxes sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques (polluants atmosphérique et dioxyde de carbone). Enfin, les fonds issus des recours contre tiers (RCT) constituent une source potentielle de revenus supplémentaires.

### Questions :

- Etes-vous favorable à création de nouvelles recettes ou à l'augmentation de taxes existantes au profit de l'Assurance Maladie ? Si oui :
  - Quelles nouvelles recettes pourraient, selon vous, être mobilisées vers la branche maladie ?
  - Quelle nouvelle taxe sur les produits nocifs à la santé pourrait être instaurée
  - Quelle taxe pourrait-elle être augmentée ?
- Quelles taxes existantes mériteraient d'être fléchées vers l'Assurance Maladie ?
- Comment augmenter les ressources issues du recours contre tiers ? Faut-il élargir le champ d'application des démarches de RCT ?
- Quelles sont, selon vous, les pistes pour améliorer le recouvrement de la lutte contre la fraude ?
- Faut-il dénoncer les conflits d'intérêts ? Si oui, comment ?

France Assos Santé a proposé plusieurs mesures concernant les produits néfastes pour la santé, avec des recettes immédiates pour l'Assurance maladie et des économies sur le long terme en termes de dépenses de santé (cf contribution HCAAM)

- **Instaurer un prix minimum par unité d'alcool** (qui se traduirait donc par une hausse de la TVA au profit de l'Assurance maladie)

- **Instaurer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool**

- **Augmenter les taxes sur les bières titrant à plus de 8%**

- **Taxer les sucres ajoutés dans les produits transformés**

- **Taxer les publicités sur les produits trop gras, trop sucrés, trop salés**

- **Taxer d'avantage les produits du tabac et nicotinés** car seules les grandes augmentations engendrent une baisse de la consommation

Il conviendrait également de faire un état des lieux des taxations liées à la pollution environnementale, qui auraient vocation à intégrer les recettes de l'Assurance maladie dans la mesure où l'impact sur les dépenses de santé est reconnu.

Concernant le recours contre tiers, nous sommes favorables à son développement, il nous apparaît indispensable que les responsabilités soient engagées. Il peut être en revanche difficile pour la personne « victime » de faire un signalement, il conviendrait donc de revoir les modalités de déclenchement de ce recours.

Sur le sujet du recouvrement de la fraude, toutes les mesures doivent être prises pour le garantir. Y compris la possibilité de déconventionnement et les sanctions pénales lorsque les sommes sont importantes.

## Articulation AMO/AMC

Comparativement à nombre de pays, le niveau de reste-à-charge est l'un des plus faibles du monde après intervention de l'assurance maladie et des complémentaires santé. Pour autant, ce système de co-paiement pour un même soin constitue un frein pour réguler efficacement aussi bien les tarifs que les pratiques des professionnels de santé. Ni les complémentaires, ni l'Assurance Maladie obligatoire n'ont une véritable emprise pour contrer les dépassements d'honoraires ou encourager des prises en charge coordonnées pour les patients. Par ailleurs, l'existence de complémentaires santé permet à l'Assurance Maladie de se désengager silencieusement de certaines dépenses. En outre, pour une fraction de patients, on observe des restes-à-charge très élevés, notamment pour les hospitalisations. Enfin, et sans négliger l'hétérogénéité des organismes complémentaires (mutuelles, assurances...), il existe de fortes disparités de prélèvements/garanties en fonction de l'âge, du statut d'emploi ou de la situation sociale de l'assuré.

### Questions :

- Faut-il conserver un système assurantiel superposant AMO et AMC ?
- Faut-il diminuer le panier de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ?
- Faut-il imaginer une articulation différente entre AMO/AMC ?

Comme indiqué plus haut, le niveau de reste à charge officiel reflète mal la réalité de bon nombre de personnes, dans la mesure où il s'agit d'une moyenne, et que cela n'intègre pas l'ensemble des dépenses liées à la santé, ni l'impact de la maladie ou du handicap sur les revenus des personnes.

Nous pensons en premier lieu qu'une régulation des dépassements d'honoraires, par la loi, doit être faite. Les sondages récents<sup>3</sup> effectués autour du renoncement aux soins indiquent tous un taux autour **d'1/4 de la population qui renonceraient à des soins pour raisons financières.**

Pour les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie qui ont des restes à charge plus élevés : 840€ en moyenne de reste à charge officiels selon le rapport IGAS/IGF de juin 2024<sup>4</sup> contre 274€ pour la population générale, mais surtout des restes à charges invisibles, c'est-à-dire non repérés dans les comptes sociaux car dans aucune base de données de remboursement, qui s'élèvent en moyenne à plus de 1550€ selon l'étude d'octobre 2024 de France Assos Santé<sup>5</sup> portant sur 3100 personnes. Parmi elles **53% indiquent renoncer à des soins pour raisons financières.**

<sup>3</sup> <https://www.ifop.com/publication/limpact-du-reste-a-charge-sur-le-renoncement-aux-soins-medicaux/>  
<https://www.datapressepremium.com/rmdiff/2007177/Sondage-Yomoni-Sante-Budget-Avril-OK.pdf>

<sup>4</sup> <https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-09/Rapport%20Igas-IGF%20affections%20de%20longue%20dur%C3%A9e%20%28revue%20de%20d%C3%A9penses%29.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/11/Synthese-enquete-nationale-RACI.pdf>

Entre 2003 et 2022 le taux de spécialistes exerçant en secteur 2 a grimpé de plus de 20 points passant de 38% à près de 58%<sup>6</sup>. Par ailleurs en 2020 près de 70% des nouveaux médecins spécialistes qui s'installent le font en secteur 2<sup>7</sup> ce qui fait qu'en 2022 64% de la population vivait dans un territoire où plus de 50% des spécialistes exerçaient en secteur 2.

L'évolution continue des dépassements d'honoraires, entrainera des renoncements aux soins de plus en plus importants, avec les conséquences déjà connues d'aggravation et de complications de l'état de santé et d'hospitalisations plus coûteuses.

A défaut d'une interdiction, des mesures correctives peuvent être mises en place, avec l'objectif d'aboutir à une offre de secteur 1 suffisante sur l'ensemble du territoire :

- **Durcir les conditions d'accès au secteur 2** (soit en fonction des territoires, soit critères d'ancienneté)
- **Prévoir un temps obligatoire d'activité à tarif opposable** pour l'ensemble des médecins libéraux
- **Supprimer le secteur 2 au profit d'un secteur 2 OPTAM d'ici à 2 ans**

Concernant le panier de soins public, nous défendons que celui-ci doit répondre aux besoins de santé, il pourrait être plutôt mis en œuvre un panier de soins socle auquel se rajouterait des soins adaptés en fonction des pathologies et comprendre des financements forfaitaires innovants. Nous sommes totalement opposés à une réduction au profit de l'assurance complémentaire, qui reste très inégalitaire dans son accès.

France Assos Santé propose plutôt la refonte de la Complémentaire Santé Solidaire avec la création d'un contrat responsable, qui pourrait reprendre le panier de soins C2S, dont les cotisations, qui seraient modérées par rapport au marché de la complémentaire, seraient modulées en fonction des revenus et non de l'âge, avec un plafond à hauteur du SMIC brut : cela permettrait une meilleure mutualisation, sachant qu'une proportion non négligeable de jeunes, avec des faibles risques, seraient éligibles à cette disposition.

Une autre option consisterait à créer **un contrat de complémentaire santé accessible à l'ensemble de la population, géré par l'Assurance maladie obligatoire**. Il y aurait alors un droit d'option entre ce contrat et un contrat géré par un organisme complémentaire d'Assurance maladie. Les cotisations de ce contrat seraient fonction des ressources avec un panier de soins équivalent à celui du contrat responsable.

## Prise en compte du vieillissement pour limiter les dépenses de santé

Dans un contexte où la part des personnes âgées de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter, 2 millions de personnes de 75 ans et plus sont en situation de dépendance en 2023 ; un chiffre qui devrait atteindre 3,3 millions en 2050. La perte d'autonomie constitue donc un défi majeur pour notre système de santé et ce d'autant plus que la consommation moyenne de soins de ville augmente avec l'âge. Dans le même temps, les scénarios de l'OCDE montrent qu'une politique volontariste de vieillissement

<sup>6</sup> <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/244-depassements-tarifaires--rep.html>

<sup>7</sup> <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>

en bonne santé permet de limiter les dépenses de santé. Ainsi, selon la Cour des Comptes, un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser à l'Assurance Maladie un montant d'environ 1,5 milliard d'€ par an.

Questions :

- Quelles actions déployer pour améliorer le vieillissement en bonne santé ?
- Comment l'Assurance Maladie peut-elle mieux prendre en compte les enjeux autour de la perte d'autonomie ?
  - Des changements de périmètres sont-ils à envisager avec la CNSA ?
  - Des actions spécifiques sur la santé des aidants peuvent être mises en place ?
  - Doit-on mettre en place une assurance dépendance obligatoire ? généralisée ?

En premier lieu il est nécessaire de s'appuyer sur une politique forte de prévention contre les maladies évitables : action sur les produits néfastes à la santé comme indiqué précédemment, intégration de la prévention dans le panier de soins assurance maladie, mais aussi dans la formation des professionnels de santé. La France a traditionnellement peu investi le champ de la prévention dans la formation des professionnels de santé, notamment les médecins, avec une vision de médecine centrée sur le curatif. Il est impératif que ce volet devienne une brique à part entière de la formation initiale et continue des professionnels de santé ainsi que des professionnels du champ médico-social, afin qu'il soit intégré naturellement au protocole de prise en charge des patients/résidents.

**Nous proposons d'intégrer systématiquement le volet de la prévention dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et du médico-social**, de manière beaucoup plus accrue pour qu'elle devienne naturellement une partie intégrante de la prise en charge. Prévention primaire : prévention des risques avec l'activité physique, l'alimentation, l'alcool, le tabac, la consommation de stupéfiants ou encore la santé sexuelle. Mais aussi la prévention secondaire et tertiaire pour prévenir l'évolution de pathologies, activité physique adaptée, alimentation, prévention des chutes, polymédication, éducation thérapeutique, santé mentale, etc.

Nous proposons également :

- ⇒ **Dans le cadre conventionnel, et dans les critères de certification des établissements, des recommandations** et des critères soient établis à l'attention des professionnels de santé pour la bonne en prise en charge des personnes âgées (iatrogénie, polyprescriptions, dénutrition, suivi dentaire, etc.) avec une obligation de résultats et non de moyens sur une population déterminée.
- ⇒ **Des objectifs spécifiques et quantifiés soient intégrés dans le cadre des rémunérations forfaitaires en ville (CPTS notamment) d'organisation des soins non programmés pour les personnes âgées (réduction des hospitalisations des personnes âgées aux urgences notamment) et d'organisation de parcours de santé plus globalement pour les PA, avec notamment le repérage des fragilités.**
- ⇒ **De favoriser le développement d'infirmiers de pratique avancée en gériatrie et de protocoles de coopération entre professionnels de santé, notamment dans les équipes de soins primaires, avec des objectifs de repérage de la fragilité des personnes âgées**
- ⇒ **De favoriser la formation de manipulateurs de radiologie pour la radiothérapie** en pratique avancée afin de permettre des parcours de soins fluides en radiothérapie

- ⇒ **La mise en place de services de transports** pour les personnes âgées, collectifs ou individuels, pour qu'elles se rendent à leurs rendez-vous médicaux.
- ⇒ La lutte contre **la iatrogénie médicamenteuse** chez les seniors soit rendue effective, avec une obligation de résultats.
- ⇒ Promouvoir la vaccination contre les infections respiratoires qui protègent des hospitalisations qui peuvent les faire basculer dans la dépendance.

Les hospitalisations inutiles et les mauvaises prises en charges aux urgences notamment constituent un facteur de dégradation connu des personnes. Il peut y être remédié par plusieurs axes d'actions spécifiques :

- ⇒ **L'évaluation de l'autonomie de la personne soit faite dès l'entrée aux Urgences** afin d'élaborer le plus tôt possible le protocole de prise en charge, incluant dès le départ l'organisation de la sortie avec la mise en place des dispositifs d'aide à domicile.
- ⇒ Appliquer **les recommandations de la HAS en matière de dépendance iatrogène** parues en 2017<sup>8</sup>, et notamment :
- ⇒ **Le dépistage**, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de perte d'autonomie liée à l'hospitalisation (le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments)
- ⇒ Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des personnes âgées
- ⇒ Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- ⇒ En amont, le **développement des services de médecine polyvalente**,
- ⇒ **Centrer les hôpitaux de proximité sur des activités** de médecine polyvalente (maladies chroniques personnes âgées), des consultations avancées de spécialités médicales, équipe mobile de gériatrie/soins palliatifs ; Par ailleurs, les hôpitaux de proximité doivent **disposer de « plateaux numériques »** pour réaliser des téléconsultations avec des spécialistes situés sur des établissements de recours, et éviter les transports fatigants et mal remboursés.

Enfin, En termes de gouvernance hospitalière des établissements, nous préconisons la participation accrue des usagers :

- ⇒ Confier à la CDU une mission **d'élaboration de recommandations** destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes âgées et de leurs aidants, et une information régulière des actions entreprises.
- ⇒ Intégrer à la réflexion des **CLAN, CLIN, CLUD un volet spécifique personnes âgées**.

Une attention particulière doit être portée à la douleur et la dénutrition des personnes âgées à l'hôpital.

---

<sup>8</sup> Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/11/MC\\_208\\_FPC\\_IATROGENIE\\_.pdf](http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/11/MC_208_FPC_IATROGENIE_.pdf)

Chez les sujets âgés, la prévalence de la douleur, en particulier de la douleur chronique, est très élevée. Sa reconnaissance a été tardive. Dans les établissements de santé, la douleur de ces personnes est encore très sous-évaluée et insuffisamment traitée. La prise en charge de la douleur du sujet âgé est, par conséquent, une nécessité de Santé Publique.

Il est nécessaire de :

- Systématiser l'évaluation de la douleur et notamment de l'utilisation des échelles d'hétéroévaluation. Quand la douleur est évaluée, il faut prendre en charge cette douleur spécifique à l'aide de tous les moyens disponibles et sans délai.
- Anticiper la douleur dans le cadre d'examen invasifs et la mettre en œuvre.

Les causes de la dénutrition observée dans les établissements de santé sont médicales mais également logistiques et organisationnelles. La trop rare identification dès l'admission et au cours d'un séjour hospitalier d'une dénutrition ou d'un risque nutritionnel lié à la pathologie fait méconnaître ces risques.

France Assos Santé propose :

- De systématiser les modalités de repérage et la prise en charge immédiate de la dénutrition des personnes âgées. Il faut également systématiser les mesures de prévention de la dénutrition à l'hôpital.
- Effectuer un bilan dentaire car la dénutrition est souvent la conséquence d'un mauvais coefficient masticatoire. La digestion débute par la mastication et l'imprégnation des aliments par la salive (premier suc digestif)

Il sera également nécessaire de mettre en place la continuité des soins après le retour à domicile, notamment en prenant contact par téléphone le lendemain de la sortie avec la personne et son aidant éventuel.

### **Introduire des indicateurs de résultats rapportés par les patients**

Nous proposons que des indicateurs de résultats rapportés par le patient (PROMS et PREMS) appliqués au parcours de la personne âgée hospitalisée soient intégrés. Il convient donc de recenser au long du parcours, des indicateurs de résultats rapportés par le patient, et qui font sens pour lui, les équipes soignantes, les aidants :

- Expérience à l'admission (mode d'entrée, lien avec la ville)
- Evolution perçue des symptômes et de la qualité de vie pendant l'hospitalisation
- Adhésion rapportée par le patient âgé à son parcours de soins
- Evolution de la qualité de vie globale post-hospitalisation : maintien de l'autonomie et poursuite des activités courantes

Ces indicateurs vont bien plus loin que les actuels indicateurs de durée de séjours.

**La question des aidants** est régulièrement interrogée et la majorité des acteurs s'accorde à dire que des mesures globales **pour les soutenir** doivent être mises en place pour :

- Prendre en compte l'état de santé des aidants familiaux qui se dégrade précocement (répit, baluchonnage, suivi médical renforcé, soutien psychologique etc.)

- Favoriser la conciliation avec la vie professionnelle et familiale (meilleure rémunération des aidants familiaux et des différents congés, formation, etc.)

France Assos Santé propose en premier lieu d'effectuer :

- ⇒ Un recueil et une analyse précise **des attentes et des besoins des aidants** afin de proposer des réponses adaptées.

Par ailleurs, les personnes isolées qui ne bénéficient pas de relais familiaux se retrouvent bien souvent dans l'obligation de quitter leurs domiciles faute de moyens d'y rester. Il est donc nécessaire que les services proposés permettent cette possibilité.

Il sera nécessaire d'innover sur les différents dispositifs pouvant être mis en place pour favoriser le maintien à domicile, notamment :

- ⇒ Les équipes **mobiles gériatriques extrahospitalières** (avec évaluations gériatriques standardisées au domicile) pour éviter le placement en établissement et les hospitalisations et les initiatives permettant une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital ainsi que des dispositifs médico-sociaux permettant l'accompagnement à domicile.
- ⇒ Une évaluation des **différents services de soutien à domicile** pourrait être effectuée et des cahiers des charges précis élaborés pour les rendre plus efficaces : formation des intervenants notamment, ce qui implique une revalorisation des statuts.

Une attention particulière devra **être portée à l'isolement** que peut entraîner le maintien à domicile et ses conséquences, telles que la dénutrition et la santé psychique (dépression). Pour ce faire :

- ⇒ Les **aides à domicile devront être mieux formées** à l'accompagnement des personnes et être mieux reconnues et valorisées, avec des contrats de travail moins précaires.
- ⇒ Pour répondre au désir de maintien à domicile, il est également nécessaire de prévoir toutes les solutions **d'adaptation du logement**. Le panier de biens et services doit donc pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes souhaitant rester à domicile

## Refonte des instruments de la régulation du système de santé

La situation inédite dans laquelle se trouvent les comptes de la branche maladie doit amener à refonder les instruments de régulation de la dépense de santé. La perspective d'un nouveau dépassement de l'ONDAM et les écarts successifs de recettes des LFSS posent la question de l'évolution des outils de gestion macro-économiques de la dépense de santé. L'ONDAM ne constitue pas un outil budgétaire qui de surcroît entretient une vision cloisonnée du système de santé. L'absence de pluri-annualité dans les LFSS ne permet pas d'avoir une politique sur du long terme avec de véritables priorités de santé publique.

Questions :

- Devons-nous refondre les instruments de la régulation de la dépense de santé ? Si oui comment ?
- L'architecture de l'ONDAM doit-elle être repensée ?

- Vers davantage de pluri-annualité ?
- En ajoutant/fusionnant des enveloppes ?
- En régionalisant ?
- Faut-il maintenir l'annualité des LFSS pour financer la santé ?
- Seriez-vous favorable à une loi programmatique ? Si oui sur quelle durée ? 5 ans vous paraîtrait-il une bonne échéance ?
- Faut-il constituer des réserves financières qui pourraient être sanctuarisées pour la branche maladie en cas de crise lorsque cela est possible ?

France Assos Santé soutient un Protocole de pluriannualité, sur cinq ans, en cohérence avec les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé, et élargi à l'ensemble des acteurs de santé, dont les professionnels de la ville et du médico-social, les représentants des usagers, les partenaires sociaux, les industriels de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Pour engager ce changement, une loi de programmation pluriannuelle en santé serait la solution adéquate, à l'image de ce qui existe déjà dans d'autres secteurs (Défense, énergie, finances publiques, recherche). Les objectifs de santé publique énoncés dans la loi se verraient attribuer des ressources spécifiques dont l'utilisation ferait l'objet d'évaluations régulières. Ce protocole devra naturellement intégrer un volet autonomie-grand âge, comme le prévoit la loi bien vieillir du 8 avril 2024, et comme nous y appelle l'évolution démographique de notre pays.

Remarques / suggestions complémentaires :

Nous transmettons en annexe la contribution de France Assos Santé à la saisine du HCAAM sur le redressement des comptes sociaux.