

Synthèse contribution France Assos Santé

Rapport Charges et produits 2026

France Assos Santé tient à souligner, comme chaque année, la grande qualité des travaux effectués par la CNAM et salue la forte implication, inédite, des membres du Conseil pour ce rapport 2026, dans le contexte économique très dégradé de l'Assurance maladie. Les mesures d'économies doivent miser en premier lieu sur la prévention, la pertinence et le bon usage du système de santé, avec un objectif de maintenir un haut niveau de protection.

Sur la prévention

France Assos Santé se félicite de l'engagement pris sur ce volet et soutient particulièrement :

- **L'interdiction des dépassements d'honoraires** sur tous les actes en lien avec les dépistages des cancers.
- **L'obligation du Nutri score et la limitation de la la publicité pour ces produits aux heures où les enfants y sont exposés** ainsi que **la fiscalité sur les produits nocifs pour la santé, mais nous regrettons l'absence de certaines propositions concernant l'alcool**. Deuxième cause de mortalité évitable, avec un coût social évalué à 102 milliards d'euros par an, nous insistons sur la nécessité de mettre en place un **prix minimum par unité d'alcool**, ainsi que **de diminuer l'exposition des mineurs à la publicité pour l'alcool**.

Nous sommes en revanche très réservés sur les propositions concernant les « bonus » à la prévention, qui laissent la porte ouverte à des mesures pénalisantes en verso. Les populations les plus éloignées seraient les plus pénalisées par ce genre de mesure. Concernant **l'obligation de vaccination contre la grippe en EHPAD, la priorité doit être de l'instaurer pour les professionnels de santé**, au regard du faible taux de vaccination (22,4%) alors que la grande majorité (83,3%) des résidents sont vaccinés.

Parcours de soins et qualité de la prise en charge

Nous estimons qu'il faut aller plus loin en exigeant une forme de **régulation d'installation des médecins sur le territoire**, telle que proposée dans la PPL Garot. Concernant **l'organisation de la sortie d'hôpital**, nous soutenons le travail de coordination avec les CPTS ainsi que la création d'un « **réfèrent parcours** », mais nous demandons une **évaluation de l'impact réel des CPTS sur l'accès aux soins**, et le renforcement de ces objectifs avec **des indicateurs de résultats**.

France Assos Santé valide pleinement la proposition visant à introduire **une régulation des dépassements d'honoraires. Nous demandons notamment l'interdiction de tarifs libres non encadrés**.

Sur le volet chirurgie ambulatoire, nous alertons sur l'organisation des besoins au domicile qui s'avèrera indispensable pour les personnes les plus fragiles. Nous demandons de **la transparence concernant l'impact sur les dépenses de transports qui seront inévitables, et qui devront être financées**.

Sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques

Pour France Assos Santé cette question ne peut être appréhendée que sur une vision de long terme : **prévention, pertinence** des soins avec des travaux **en lien avec les associations**, et mise en œuvre de **financements forfaitaires aux parcours et autour des équipes de soins traitante**.

Nous soulignons la nécessité de repenser le régime de l'ALD autour **du protocole de soins**, qui doit constituer un engagement des professionnels de santé et des patients. Il sera nécessaire de mettre en œuvre **un véritable accompagnement du patient** en intégrant un **parcours de prévention effectif** (diététique, ETP, activité physique) pris en charge intégralement.

Concernant le statut « de risque chronique », cela ne doit pas se traduire par l'exclusion de l'ALD de personnes qui en justifient. Si l'idée d'un parcours de prévention pour des personnes à risque est pertinent, il ne peut se limiter à des bilans. La prise en charge devra être prévue. Nous sommes opposés à un partage avec les complémentaires santé, qui entraînera un risque d'augmentation des cotisations, notamment pour les personnes âgées, alors qu'elles sont déjà 11% à ne pas être couvertes par une complémentaire. Si nous saluons la proposition visant à augmenter le plafond de la C2S, nous considérons qu'elle reste trop timide en se limitant au seuil de pauvreté, et que de nombreuses personnes resteront exclues.

Concernant la sortie de l'ALD, nous émettons une vraie vigilance à une sortie trop prématurée. Par ailleurs, en cas d'absence de consommation de soins, il sera indispensable de vérifier si cela n'est pas dû à des difficultés d'accès aux soins, notamment absence de médecin traitant et de spécialistes accessibles (territorialement ou financièrement).

Nous ne sommes pas favorables à une la liste fermée d'actes, si aucune souplesse n'est possible. De nombreuses personnes présentent des comorbidités, d'autres présentent des spécificités, et il pourrait s'avérer complexe de tout envisager en amont.

Sur les indemnités journalières

Nous sommes favorables à une amélioration et une simplification de la prise en charge ainsi qu'à **l'accès à un contrat socle de prévoyance pour l'ensemble des salariés**, quel que soit le contrat de travail. Une question se pose pour les **indépendants qui présentent un risque de santé** et se voient refuser l'accès à un contrat de prévoyance individuelle. **Un mécanisme sur le modèle d'AERAS pourrait être envisagé.**

Nous émettons **une vigilance sur la restriction de la durée d'une primo prescription dans un contexte de difficulté d'accès aux soins.** Cette durée ne pourrait d'ailleurs être la même pour l'ensemble des situations de santé. Les conditions de travail sont un déterminant majeur de la santé des travailleurs, **la transmission des référentiels de bonne pratique est donc très insuffisante**, et nous prônons des mesures plus contraignantes pour les entreprises présentant des profils atypiques en matière d'arrêts de travail.

Nous sommes **totalelement opposés au transfert de l'indemnisation des 7 premiers jours d'arrêts aux employeurs et à l'instauration d'un jour de carence publique**, qui viendraient mettre une pression sur les salariés en les poussant à poursuivre leur activité alors même que leur situation de santé justifierait d'un arrêt.

Concernant les arrêts longs, il nous semble que le sujet est essentiellement **la prévention et le renforcement de la lutte contre la désinsertion professionnelle avec un accompagnement plus précoce** des travailleurs (à partir de 3 mois d'arrêts) ainsi que la révision du régime IJ ALD, trop rigide, qui ne favorise pas le retour à l'emploi.

Sur les produits de santé

Concernant la reconstruction d'un cadre pluriannuel de pilotage de la dépense de médicaments, un véritable débat doit être engagé sur l'opérationnalité de la mesure pour éviter de couper aveuglément dans les dépenses.

Sur les médicaments à ASMR V, il est indispensable différencier les situations qui peuvent conclure à une ASMR 5 (*progrès non démontré VS Insuffisance de données*) comme précisé dans la dernière doctrine de la HAS. Le recours à la « licence d'office », prévu dans le code de la propriété intellectuelle mérite d'être rappelé pour faire face à des arrêts de commercialisation, ce en le motivant notamment pour des motifs de santé publique

Sur les tarifs excessifs en oncologie, des travaux poussés sur la pertinence des prescriptions doivent être mis en œuvre en questionnant également la place des soins palliatifs, notamment dans certaines récidives. Le

mécanisme actuel de fixation des prix est inflationniste, et nous demandons une révision des critères de fixation de prix des médicaments avec la possibilité de **prise en compte des investissements publics** et des couts

France Assos Santé soutient le recours aux biosimilaires, mais la **primo prescription** de médicaments biosimilaires doit être privilégiée. L'interchangeabilité est préférable à la substitution. La substitution en pharmacie d'officine doit être **progressive, contrôlée, sous conditions strictes**, pour garantir la sécurité de dispensation, l'adhésion des patients, comme proposé par l'ANSM. *Une nouvelle mesure de « tiers payant contre biosimilaires ciblant les personnes malades s'opposerait à un nécessaire climat de confiance pour avancer sur ce sujet*

Concernant les génériques, la marge de progrès se situe principalement sur **l'augmentation du nombre de médicaments inscrits** au répertoire des groupes génériques. Il est inadmissible que le paracétamol ne soit pas inscrit dans le répertoire des génériques au regard du volume de consommation.

Sur **l'accélération des négociations pour les médicaments bénéficiant d'un accès précoce**, l'impact de la mesure sur la continuité d'accès aux traitements doit être étudié. Les situations spécifiques de délais nécessairement long pour la collecte de données doivent être prises en compte (maladies rares notamment)

Concernant la désescalade thérapeutique, Il faut prendre en compte l'impact potentiel qui peut au contraire augmenter les dépenses pour certains médicaments adjuvant visant à remplacer la chimiothérapie.

Sur les phénomènes de rentes

Nous soutenons l'ensemble des propositions. Il faudrait néanmoins avoir une analyse fine des effets des réajustements tarifaires 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.

Sur la pertinence et la responsabilisation des acteurs

Sur le transport, nous **soutenons l'intégration de ces dépenses dans le forfait dialyse** (et par ailleurs dans l'ensemble des parcours pertinents), néanmoins dans le contexte actuel de tension avec les transporteurs Il est à craindre qu'une mesure non concertée de ce type, et sans étude d'impact, ne crispe les discussions encore plus. Cette mesure, devra être accompagnée des précautions nécessaires destinées à éviter toute dérive. **La possibilité pour les patients de choisir leur transporteur devra être préservée. Une mesure régulière de l'expérience patients devra être rendue obligatoire.** Il ne doit pas être question d'envisager de transporter les patients en "navettes" ou en bus. **Le versement d'indemnités kilométriques aux patients** ou à leurs aidants devrait être privilégiée. **La principale mesure de réduction des frais de transports de ces patients reste la greffe, notamment la greffe par donneurs vivants.** Il faut pour cela mettre en place, notamment, des conditions financièrement incitatives pour les CHU et les réseaux qu'ils animent.

Concernant la plateforme gérée par l'Assurance maladie, nous identifions les mêmes réserves, notamment sur le choix du transporteur, et l'évaluation du transport par le patient.

Nous soutenons pleinement la réforme du financement hospitalier avec une hausse significative de la part à la qualité, nous demandons l'intégration des **PROMS et PREMS** de manière systématisée.

Sur la lutte contre la fraude

France Assos Santé soutient pleinement la lutte contre la fraude, en s'assurant qu'elle n'**entrave pas l'accès aux soins des personnes les plus fragiles.** **Concernant l'obligation de la carte vitale pour le tiers-payant**, les

bénéficiaires de l'AME qui n'en ont pas ne devront pas être pénalisés. Le recours à l'ordonnance numérique a vocation à sécuriser les prescriptions, et doit donc être développée et privilégiée. Si cette mesure est appliquée **une souplesse sera absolument nécessaire** pour éviter des ruptures de soins.

Concernant l'utilisation de l'IA, nous sommes vigilants pour le contrôle de fraude en santé, exigeant transparence et protection des usagers vulnérables contre les biais qui touchent souvent les plus vulnérables. **Imposer l'IA dans ces outils requiert un accompagnement global.**