

NOTE D'AUDITION

Commission des Affaires Sociales du Sénat



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Octobre 2025



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2026

Questionnaire à l'attention de France Assos Santé

Audition du jeudi 23 octobre 2025

Ondam

1. Quel regard portez-vous l'évolution de l'Ondam prévue pour 2026 et la projection des différents sous-objectifs ?

L'évolution des dépenses de santé tournent habituellement autour des 4 à 4,5%, de fait la progression de l'ONDAM à 1,6% est très en dessous des besoins. SI des économies de plus de 7Mds sont attendues, dont environ 4mds selon nos estimations seront directement portées par les usagers, cela n'est pas supportable, sauf à accepter du renoncement ou report de soins qui auront un impact à terme sur les dépenses !

Il en est de même sur le sous ONDAM hospitalier qui n'est pas la hauteur des besoins et risque d'aggraver la dette et de dégrader la qualité de la prise en charge.

Comme d'habitude nous avons un ONDAM sous financé. Ces objectifs de dépenses annuelles qui relèvent de la simple gestion comptable ne sont pas adaptées, nous prôtons la nécessité d'une vision pluriannuelle permettant d'engager des réformes structurelles.

Article 7 – Création d'une taxe transitoire sur les cotisations perçues par les complémentaires santé



2. Quel regard portez-vous sur la création d'une taxe transitoire de 2,05 % sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire perçues en 2026 ?

C'est une mesure difficilement compréhensible pour les usagers que nous sommes. L'argumentation de cette mesure est la hausse des cotisations des complémentaires, payées par les adhérents, qui ont pris en compte des transferts de dépenses qui n'ont pas eu lieu (notamment la hausse du Ticket modérateur qui avait été annoncée puis finalement abandonnée). Si nous dénonçons cette hausse des cotisations, il est absolument incompréhensible que celle-ci soit « reversée » à l'Assurance maladie, alors que ce sont les usagers qui l'ont payée ! Si un reversement doit être effectué, c'est bien aux usagers et non à l'Assurance maladie.

Cette taxe va avoir pour effet d'augmenter encore les cotisations en 2026, les usagers vont donc être doublement pénalisés.

3. Disposez-vous d'éléments tendant à étayer un phénomène de répercussion de la hausse prévisionnelle du ticket modérateur liée à un transfert sur les soins médicaux, envisagée l'an dernier mais finalement abandonnée, sur les cotisations 2025 ?

Non nous n'avons à ce jour pas de données nous permettant de le confirmer, néanmoins certaines mutuelles ont remboursé 1 mois de cotisations ¹ à certains adhérents, indiquant qu'ils avaient eu moins de dépenses que ce qui était prévu. Cela laisse entendre qu'un certain nombre d'entre elles (qui n'ont pas toutes forcément proposé ces remboursements) ont également pris en compte des dépenses qui n'ont pas eu lieu dans les montants de cotisations.

Article 18 – Extension du champ des participations forfaitaires et des franchises

4. Quel regard portez-vous sur l'extension du champ de la participation forfaitaire aux actes et consultations des chirurgiens-dentistes ? Vous semblerait-il pertinent de soumettre les actes et consultations des sages-femmes à cette même participation forfaitaire ?

Nous sommes opposés au principe des franchises et participations qui sont en réalité des contributions, mais assises sur le besoin de soins, ce qui est

¹ <https://www.lafinancepourtous.com/2025/07/11/complementaire-sante-des-cotisations-remboursees-aux-assures-par-certaines-mutuelles/>



totalemment en contradiction avec le modèle de solidarité de notre Sécurité Sociale.

Nous avons donc un regard très négatif sur ces extensions, quel que soit le domaine et nous nous y opposons.

5. Quels effets anticipez-vous de l'instauration d'une participation forfaitaire sur les actes et consultations des chirurgiens-dentistes sur l'accès aux soins dentaires ?

Un renoncement aux soins encore plus important. Alors même qu'a été mise en place une annualisation de MT dents en 2025, qui concernent des majeurs de 18 à 24 ans, donc soumis au paiement de la participation, cette mesure est un contre sens total. On demande aux personnes de se « responsabiliser » en consultant un dentiste annuellement, avec des velléités régulières de sanctionner la prise en charge des soins dentaires de celles et ceux qui n'iraient pas à une consultation annuelle chez le dentiste. Imposer une participation ne fera qu'entraîner des renoncements, déjà importants sur le volet dentaire.

6. Quel regard portez-vous sur l'inclusion des dispositifs médicaux dans la franchise annuelle ?

Le même que pour les autres domaines.

7. L'article 18 prévoit d'exclure du champ de la franchise annuelle une liste de dispositifs médicaux définie réglementairement. Quels dispositifs médicaux souhaiteriez-vous prioritairement voir concernés par l'exclusion du champ ?

Il nous paraîtrait être un contre sens total de facturer des franchises sur les dispositifs médicaux pour les personnes en situation de handicap, notamment avec une réforme parallèle de prise en charge à 100% des fauteuils roulants.

De même pour les personnes malades chroniques qui nécessitent des dispositifs médicaux sur le long cours (insuffisant respiratoire, diabète, etc.).

8. Quels éléments justifiaient-ils, jusqu'à ce jour, l'exclusion des dispositifs médicaux et des actes des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes du champ des participations forfaitaires et des franchises ?



9. Estimeriez-vous opportun de créer un plafond spécifique pour les produits de santé, plutôt qu'un plafond spécifique pour le transport sanitaire ?

Nous n'estimons pas légitime de rajouter des plafonds, donc des restes à charge, quelque soit le secteur. Nous rappelons que ce sont des soins prescrits. Il faut donc s'attaquer aux mauvaises pratiques des prescripteurs, et pas au portefeuille des patients qui ne font que les suivre.

Les personnes les plus impactées, que ce soit sur les transports ou les médicaments restent les personnes malades chroniques qui ont le plus de reste à charge déjà : 1.8 fois plus que les non ALD selon le rapport de l'IGAS de 2024², soit 840€ après remboursement de l'Assurance maladie, et cela sans compter tous les restes à charge invisibles, non comptabilisés qui s'élèvent en moyenne à plus de 1550€ selon notre étude d'octobre 2024³ portant sur 3100 personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

10. Le nouveau mode de recouvrement proposé des participations forfaitaires et franchises, fondé sur un paiement direct au professionnel de santé en cas de tiers-payant, est-il susceptible de générer des difficultés d'application ? Comment le professionnel saura-t-il lorsque le patient est exonéré de participation forfaitaire ou de franchise, ou lorsqu'il a déjà atteint les plafonds applicables ?

Nous y sommes opposés. C'est une complexité et des frais de gestion pour tout le monde, les professionnels de santé, l'Assurance maladie, et les usagers. De plus qu'advient-il des personnes qui n'auront pas la capacité de payer directement ces contributions ? Elles seront privées de soins ?

11. Hors du cadre de l'article 18, quelles remarques appellent de votre part le doublement des montants et des plafonds des franchises et participations forfaitaires, que le Gouvernement envisage de mettre en œuvre par voie réglementaire ?

Nous y sommes opposés, sur le principe doubler des contributions par simple décret, est un déni de démocratie !

² <https://igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficace-et-equitable>

³ https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-cache-de-la-sante-des-resultats-a-charge/



Sur le fond, cela viendra rajouter du RAC, et notamment sur les personnes malades chroniques, la DSS nous ayant indiqué que leur évaluation de cette mesure était de + 42€ pour les non ALD et + 72€ pour les ALD : à ajouter aux +19€ évalués de la mesure de 2024, et à l'impact, non communiqué de l'article 18 qui sera encore plus élevé ! Au final on va arriver à potentiellement plus de 150€ en plus en l'espace de 2 ans pour les personnes en ALD qui supportent déjà le plus de reste à charge.

Quelques Verbatims de notre ligne Santé Info Droits (5 fois plus d'appels en 2024 sur le sujet des franchises et participations suite à l'annonce du doublement)

« Je viens d'entendre la proposition du gouvernement de doubler les franchises de sécurité sociale. Je suis en ALD et je trouve honteux et injuste de faire payer aux malades la double peine d'être malade et d'être rançonné. J'ai un faible salaire d'AESH (1300€) et j'ai peur de devoir un jour renoncer aux soins faute de moyens »

« j'ai fait des soins dentaires que je n'ai pas fini, j'ai fait un chèque de 123 euros, et la dentiste a encaissé et m'avait dit que je serais remboursé. mais la cpam m'a dit que je devais plus de 400 euros de participation forfaitaire et franchise mais du coup je ne peux pas continuer à faire mes soins dentaires, je suis sans dent je ne sais plus vers qui me tourner »

« Bonjour. Le système de franchise des actes médicaux était censé à la base "responsabiliser" les patients et les faire contribuer aux couts du système de santé. Avec les cotisations qui me sont prélevées annuellement (plusieurs milliers d'euros), je pense être parfaitement conscient de ce cout, et faire un usage responsable (au point de ne parfois pas me soigner) »

« J'ai une ALD exonérante. Qu'est ce que ça veut dire? Pourquoi alors me prélèvent ils des forfaits et des franchises? »

Article 19 – Prévenir l'augmentation des ALD par des parcours d'accompagnement préventif

12. Quel regard portez-vous sur ce dispositif qui vise à prévenir l'entrée en ALD ? Vous paraît-il de nature à faciliter le repérage précoce et l'accompagnement de pathologies chroniques à risque d'évolution vers des formes plus sévères ?
13. Craignez-vous qu'un tel dispositif puisse avoir pour effet de limiter l'accès de certains patients au régime des ALD ?



14. L'application d'un régime d'accord préalable de l'assurance maladie pour autoriser la prise en charge des actes prescrits vous paraît-il adapté ? Peut-il selon vous être désincitatif à la réalisation des soins ou prestations prescrits, du fait des formalités administratives associées à ce régime ?
15. Jugeriez-vous opportun de renforcer l'encadrement des nouveaux parcours préventif :
 - en limitant les prescripteurs autorisés (médecin traitant, médecin régulièrement impliqué dans le suivi du patient, ou médecin spécialiste consulté dans le cadre du parcours de soins coordonné) ?
 - en plafonnant le nombre d'actes réalisables dans un parcours ?

Nous sommes très surpris que les associations d'usagers concernées n'aient à aucun moment été sollicitées et associées à ces projets de réforme. Si nous préconisons bien un accompagnement préventif, précoce, celui-ci doit être accessible à tous, sans barrière territoriale et financière, et ne doit pas être un prétexte à une restriction de l'accès à l'ALD pour des motifs purement financiers.

Nous préconisons un travail de fond avec les associations concernées, pour remettre au cœur du dispositif ALD le protocole de soins, qui aujourd'hui n'est plus qu'un acte administratif, alors qu'il doit au contraire constituer un véritablement engagement des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

Article 20 – Renforcer la politique vaccinale

16. Quelles observations de votre part appelle l'éventualité d'une obligation de vaccination contre la grippe, subordonnée à un avis en ce sens de la HAS :
 - des professionnels exerçant dans les établissements de soins et d'hébergement ?
 - des résidents dans les Ehpad et les unités de soins de longue durée ?

Quelles difficultés particulières de mise en œuvre identifiez-vous ?

Quelles mesures d'accompagnement à la mise en œuvre de ces obligations vaccinales vous paraîtraient-elles utiles ?

Selon Santé Publique France, près de 83% des résidents en EHPAD sont déjà vaccinés contre la grippe en 2024, contre à peine 21% pour les professionnels de santé qui y exercent



Nous pensons donc que l'urgence est surtout la vaccination obligatoire pour les professionnels de santé, qui engagent leur responsabilité médicale.

Il ne nous permet pas opportun de rendre obligatoire la vaccination pour les résidents, cela pose des difficultés éthiques concernant le libre consentement de ces personnes, par ailleurs au regard de la couverture vaccinale déjà importante, ce serait une atteinte à la liberté disproportionnée pour un gain faible. Cela risque au contraire d'entraîner une opposition de principe et une méfiance, et nous pensons bien plus efficace d'adopter une posture pédagogique et éducative. La question de la sanction se pose en outre, que se passera-t-il si un résident refuse la vaccination ? Il serait mis à la porte ?

Cette position ne nous semble pas entendable, l'effort doit se concentrer sur les professionnels de santé.

17. Quelles observations de votre part appelle une obligation d'immunisation contre la rougeole des personnels des établissements de santé et médico-sociaux accueillant et prenant en charge des enfants ?
18. Jugeriez-vous utile ou pertinent d'explicitier les conséquences d'une éventuelle méconnaissance de l'obligation vaccinale des professionnels exerçant dans les structures sanitaires ou médicosociales (par exemple, une interdiction d'exercice provisoire, à l'instar de ce que prévoyait la loi du 5 août 2021 relative à la gestion de crise sanitaire) ?

Cela doit être envisagé et réfléchi.

Article 21 – Améliorer l'accès aux soins

Création d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire

19. Quel regard portez-vous sur la création d'un contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire ? Un tel contrat vous paraît-il pouvoir contribuer à améliorer l'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles ?
20. Vous paraît-il pertinent de circonscrire ce contrat à la médecine générale ? Pour quelles raisons ?

Ce nouveau statut de praticien territorial de médecine ambulatoire, destiné à favoriser l'installation de jeunes médecins dans les territoires concernés, est



bienvenu, mais constitue un dispositif supplémentaire d'incitation à l'installation, avec un coût financier réel pour un résultat hypothétique. Or la portée très limitée de l'efficacité des dispositifs d'incitation a déjà été démontrée, pour des sommes non modiques issues de l'argent public.

Pour France Assos Santé, **seul un ensemble de mesures combinées peut améliorer l'accès aux soins** et une continuité des soins aux usagers, garantissant ainsi une équité d'accès sur l'ensemble des territoires :

- Financement à la **capitation**,
- Mise en place **d'équipes de soins traitantes** organisées autour du médecin,
- **Évolution des professions paramédicales** (infirmier-re, notamment les IPA, pharmacien, kiné, etc.),
- **Partage de compétences** au sein d'équipes pluridisciplinaires,
- Déploiement de **structures permettant l'exercice collectif pluridisciplinaire** (Centres de santé, MSP, cabinets pluridisciplinaires, etc.),
- Déploiement de la **formation des médecins en priorité dans les zones sous dotées ET en priorité dans des structures permettant l'exercice collectif pluridisciplinaire**
- **Régulation de l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées**
- Rétablissement de **l'obligation de participation à la PDSA**

FOCUS sur 2 mesures nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins :

- Le renforcement de l'accès aux soins passe notamment par une **meilleure répartition des professionnels de santé – médecins compris – sur l'ensemble du territoire.**

La mission de solidarité du pacte gouvernemental contre les déserts médicaux est insuffisante à elle seule, et doit s'inscrire en complémentarité d'une régulation de l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées (les autres professions de santé étant déjà régulées en ce sens). Les PPL respectivement portées par le député Garot et le sénateur Mouiller contiennent des mesures qu'il conviendrait de combiner et d'adopter RAPIDEMENT :

- Les jeunes médecins ne pourraient s'installer dans les rares zones suffisamment dotées que pour remplacer un médecin de sa spécialité qui part à la retraite

- La mission de solidarité précitée deviendrait obligatoire et non plus basée sur le volontariat. Ainsi, l'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire impliquerait à la fois les médecins déjà installés et les nouveaux arrivants..

- France Assos Santé appelle au **rétablissement de l'obligation de la permanence de soins**, indispensable pour assurer un accès aux soins équitable sur tout le territoire. Certes, la pénurie de médecins ne permettra pas dans un premier temps de couvrir le territoire de manière optimale. Cela dit, l'obligation de PDSA permettrait de limiter les problèmes d'accès et de décharger les 40% de médecins généralistes volontaires qui en assument la charge.



Création de structures de soins non programmées

Dans quelle mesure et à quelles conditions la création de nouvelles structures de soins non programmés partiellement régulées par les ARS vous paraît-elle pouvoir contribuer à répondre à l'accès aux soins dans les territoires fragiles ?

France Assos Santé salue la volonté de déployer des structures de soins non programmées, dans le souci d'un accès aux soins dans les territoires les plus fragiles.

En effet, la préoccupation première des usagers dans le domaine de la santé est bien de trouver des solutions. Ceux qui sollicitent les urgences alors que leur problématique ne relève pas de ce service mais de soins non programmés accessibles rapidement n'ont en général pas trouvé d'autre solution. L'amélioration de l'accès à des soins non programmés a pour corollaire celle de l'accès aux services d'urgences et à une offre de soins primaire suffisante sur le territoire.

Comme les services d'accès aux soins, ces structures devraient participer efficacement à répondre à ce besoin et désengorger les services d'urgences. Les patients sans médecin traitant qui requièrent des soins ne relevant pas des urgences mais nécessitant une prise en charge rapide (dans les 48h) ont également besoin de ces structures pour ne pas engorger les urgences. Sachant bien sûr qu'il convient de prioriser l'accès au médecin traitant. Cela dit, les patients ayant un médecin traitant sont également en demande de ces structures, dans la mesure où, depuis quelques années, la possibilité d'un rdv chez leur médecin dans les 24h ou 48h se fait de plus en plus rare.

En outre, il semble que la transformation des aspirations des jeunes médecins les pousse vers ce type de structure qui propose un travail en équipe, un cadre structuré, des horaires encadrés.

Dans ce contexte, il est indispensable de :

- structurer l'organisation de l'offre de soins non programmés en portant une attention particulière aux personnes dépourvues de médecin traitant, et l'articuler avec les CPTS



- associer les usagers à la définition du cahier des charges mentionné, « déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé, relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues »
- rendre claire et lisible pour les usagers du système de santé cette organisation sur leurs territoires et les moyens et conditions d'y accéder. Impliquer les associations d'usagers dans l'élaboration de cette communication
- évaluer l'impact des dispositifs de soins non programmés et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur l'accès aux soins des usagers du système de santé, pour adapter l'organisation des soins non programmés aux besoins des territoires. Cette évaluation devrait être partie intégrante du bilan régulier du fonctionnement des structures, sur la base de critères et d'indicateurs ayant un sens pour les usagers, et donc coconstruits avec leurs représentants.
- impliquer les usagers dans ces structures de SNP et dans les CPTS et, de manière générale, prendre en compte leur expérience et leurs avis dans l'adaptation de l'offre de soins
- Mettre en adéquation les ressources humaines des structures de SNP et les systèmes d'information connectés avec les réalités de terrain
- Ouvrir les centres de soins non programmés aux professionnels paramédicaux (infirmiers, kiné, sage-femmes, etc.), ce qui ne se fait pas dans tous les centres. Cette pratique permettrait un travail en équipe et une prise en charge pluridisciplinaire salutaires.
- S'appuyer sur les organisations innovantes comme les organisations territoriales de télémédecine qui proposent des parcours hybrides pour répondre au besoin des soins non-programmés grâce à des créneaux de téléconsultation assisté par des infirmiers ou pharmaciens dans des lieux dédiés (cabinets, officine, salles mises à disposition par les mairies, etc.), avec des médecins du territoire, dans un projet de territoire qui réunit les CPST et MSP. Cela permet de proposer une alternative pertinente, qui cherche toujours à raccrocher le patient à un parcours de soins coordonnés et en accord avec les besoins du territoire, grâce à un diagnostic collectif des besoins et en évitant la concurrence avec les autres dispositifs éventuellement existant. Des dispositifs déjà déployée dans la Meuse, la Meurthe-et-Moselle, la Mayenne, l'Indre et Loire, etc.

21. Les conditions de régulation prévues par l'article 21 pour l'ouverture et l'implantation des structures spécialisées en soins non programmés vous paraissent-elles adaptées et suffisantes ?

Ce dispositif est nécessaire.

Cela dit, en l'absence d'une régulation de l'installation des médecins, aucun médecin ni structure de soins non programmés ne vient s'implanter dans les déserts médicaux en particulier ruraux, sauf exception. Il est donc indispensable en parallèle de :



- Rétablir l'obligation de la PDSA pour tous les médecins
- Réguler l'installation des médecins dans les zones sous-dotées

22. Craignez-vous un risque de financiarisation de l'activité de ces structures ? Pour quelles raisons ?

France Assos Santé prône une vigilance accrue sur l'accessibilité financière, notamment au regard de l'application des majorations tarifaires des soins non programmés, pour limiter le risque de dérive et garantir un accès le plus équitable possible aux usagers. Par ailleurs, si les centres à initiative privée peuvent répondre à une attente de la patientèle, l'évolution de leur organisation, leur intégration dans l'offre de santé territoriale, **la qualité des soins et les tarifs pratiqués mériteraient d'être suivis** pour détecter les risques de glissement vers une financiarisation du système au détriment des patients.

France Assos Santé appelle également à re-préciser dans l'article 21 chapitre III quinquies de la PLFSS le fait que **les structures PDSA ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires**, afin de permettre un réel accès aux soins de tous, comme mentionné dans l'article L6311-3 du CSP à propos des SAS (« *Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire* »).

Article 26 – Décourager la pratique des dépassements d'honoraires

23. Disposez-vous de données permettant d'évaluer la limitation de l'accès aux soins ou le renoncement aux soins du fait du développement de la pratique des dépassements d'honoraires ces dernières années ?

Il est difficile d'avoir des données précises sur le renoncement aux soins du fait des dépassements d'honoraires, néanmoins la barrière financière est régulièrement remontée comme élément prépondérant du renoncement. Selon différentes études elle tourne autour d'un quart de la population.

24. Quelles observations souhaitez-vous formuler à propos de la mesure portée par cet article, qui vise à renforcer l'attractivité comparative du secteur 1 ?

25. Identifiez-vous d'éventuels effets de bord ou des limites à cette mesure ? Si oui, lesquels ?



Nous saluons le fait qu'il y ait enfin une mesure législative visant les dépassements d'honoraires, ce que nous réclamons depuis de nombreuses années au regard de l'explosion que nous constatons tous. Nous pensons néanmoins qu'à ce stade rien ne permet de garantir un réel ralentissement de ceux-ci, et qu'il était nécessaire de durcir les conditions d'accès au secteur 2, car aujourd'hui les $\frac{3}{4}$ des nouveaux médecins spécialistes s'installent en secteur 2. Cela crée un problème d'offre de soins à tarifs opposables, et un cumul de dépassements d'honoraires pour les patients. Nous proposons également de sanctuariser une part obligatoire de l'activité de tous les médecins à tarifs opposables ainsi que de limiter le taux de dépassement possible.

26. Quel regard porteriez-vous sur une mesure visant à interdire les dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographies, coloscopie) ainsi que l'a recommandé la Cnam dans son dernier rapport Charges et produits ?

Nous y sommes favorables et l'avons portée en amendement

Article 28 – Limitation de la durée de prescription des arrêts de travail

27. Êtes-vous favorable à une limitation de la durée de prescription des arrêts de travail ? Celle-ci constitue-t-elle, selon vous, une atteinte excessive à la liberté de prescription, dans la mesure où la loi prévoit une possibilité de déroger aux durées maximales si la situation du patient le justifie et en conformité avec les recommandations de la HAS lorsqu'elles existent ?
28. Les durées maximales de primo-prescription proposées, quinze jours en ville et trente jours en établissement, vous semblent-elles pertinentes ? *Quid* de la durée maximale de prolongation, fixée à deux mois ?
29. Quels effets cette mesure vous semble-t-elle susceptible de générer sur l'accès aux soins ? Vous semble-t-il nécessaire de prévoir une dérogation à cette mesure pour les assurés résidant dans des zones d'intervention prioritaires (ZIP), au regard de la difficulté de trouver un professionnel pour prolonger l'arrêt ?



Nous pensons que la situation de l'offre de soins actuelle ne permet pas d'appliquer sereinement cette mesure, et va plutôt venir saturer une offre déjà compliquée. De plus la mesure n'exclut pas les arrêts liés à une ALD, alors que par nature il peut y avoir des arrêts longs nécessaires, d'autant que proposer une durée unique (15 jours en ville ou 30 jours en sortie d'hospitalisation) est absurde dans la mesure où les situations sont très diverses.

30. Quel regard portez-vous sur l'instauration d'une obligation pour le prescripteur de renseigner le motif de l'arrêt de travail ?
31. Est-il fréquent que des femmes revenant de congé maternité se voient prescrire un arrêt maladie faute de possibilité de consulter un médecin du travail pour effectuer la visite de reprise ?

Concernant la fréquence des femmes revenant de congé maternité se voyant prescrire un arrêt maladie, nous avons pour seule source fiable l'annexe 9 du PLFSS et nous ne pouvons que constater que celui-ci n'est pas suffisamment précis, tant pour chiffrer le nombre de femmes concernées que le coût que cela représente en termes d'IJ maladie. Le nombre actuellement annoncé repose uniquement sur des « hypothèses de travail » se basant sur les données d'une enquête datant de 2023. Ainsi, 55 000 femmes seraient concernées sur 370 000 femmes revenant d'un congé maternité, soit 15%. On peut s'étonner d'avoir des chiffres aussi peu précis concernant une visite obligatoire, signe d'un suivi assez faible de l'analyse de la santé des femmes dans le cadre du travail.

Ainsi, au-delà du fait que ce chiffre ne soit pas précis, le nombre de femmes concernées paraît relativement faible pour justifier une suppression de l'obligation de cette visite de reprise

32. La suppression de l'obligation de visite de reprise auprès de la médecine du travail après un congé de maternité emporte-t-elle selon vous des risques sérieux sur le suivi de la santé des femmes revenant de congé maternité ? Quels autres moyens existe-t-il pour détecter une fatigue, des problèmes physiques liés à la grossesse ou une dépression du post-partum ?

Nous soutenons la position de l'UNAF, qui indique que l'objectif annoncé de cette suppression est de diminuer les indemnités journalières versées, quand un arrêt de travail est sollicité parce que cette visite n'a pas lieu dans le délai réglementaire de 8 jours suivant la reprise. La santé des femmes, lors de leur retour au travail à la suite d'un congé maternité, ne saurait être sacrifiée à ce titre. En se référant à l'exposé des motifs à ce sujet, cette mesure serait justifiée par une recherche d'économie ainsi qu'une pénurie au sein des services de



prévention et de santé au travail mais fait peser le poids de celles-ci sur les femmes.

Le fait de rendre facultative cette visite laisse le libre-choix à l'employeur ou à la femme de retour de congé de la demander. Or, par manque de temps ou connaissance de cette visite (surtout si elle devient facultative), celle-ci n'aura pas lieu alors même qu'elle est cruciale pour détecter d'éventuels risques, non repérés par la salariée, et qui pourraient empirer. Le fait de supprimer l'obligation de cette visite vient repousser l'identification de ces risques et contraindre certaines femmes à reprendre le travail sans prise en compte de leur santé. Dans un contexte de baisse de la natalité, il serait pourtant primordial de veiller à la santé des femmes revenant de congé maternité.

Il aurait été plus judicieux d'investir dans les services de prévention et de santé au travail afin de favoriser cette détection.

33. Quel regard portez-vous sur l'instauration d'une durée maximale de versement des indemnités journalières en cas d'AT-MP, qui pourrait être fixée à quatre ans ?

Nous soutenons la position de la FNATH qui s'oppose profondément à l'instauration d'une durée maximale de versement des indemnités journalières, quelle que soit la durée retenue, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est important de rappeler que la consolidation est une notion médico-légale intrinsèquement liée à l'évolution individuelle de l'état de santé, aux traitements, aux complications et aux séquelles. Fixer de manière automatique et rigide une "durée limite" d'indemnisation pour chaque sinistre conduit à nier cette variabilité et à appliquer une règle abstraite qui ne correspond pas à la réalité médicale des victimes. De plus, en retirant toute possibilité de contestation de la date de consolidation devant la commission médicale de recours amiable (CMRA), puis, de facto, devant le juge, on porte une atteinte grave au droit à l'accès au juge et au contrôle effectif des décisions administratives. Les victimes perdent une voie essentielle de recours. Cette disposition apparaît donc comme une régression du droit des victimes et de leur protection, elle risque de provoquer des ruptures de droits injustes au détriment des personnes les plus fragiles. Il faudrait au contraire, si l'on voulait encadrer les durées, mettre en place des garanties fortes (réexamen médical périodique, accès à des voies de recours, accompagnement personnalisé) plutôt que d'imposer une date butoir sans discernement. Nous demandons donc purement et simplement le retrait de cette disposition.



34. Quel regard portez-vous sur la suppression du régime des ALD dites « non exonérantes » ?
35. Auriez-vous jugé plus opportun de mettre en œuvre, plutôt que la suppression du régime des ALD non exonérantes, une autre mesure afin de maîtriser l'évolution de la dépense d'indemnités journalières ?
36. Quel accompagnement serait-il opportun de proposer aux assurés en dépression légère ou atteints de troubles musculosquelettiques les rendant inaptes à la reprise du travail, une fois supprimé le régime des ALD non exonérantes dont ils relèvent aujourd'hui ?
37. Identifiez-vous un risque que la suppression du régime des ALD non exonérantes éloigne les assurés concernés de l'emploi et du soin ?

De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques n'entrent pas dans les conditions de l'ALD, notamment du fait de la condition des soins coûteux. Néanmoins leur état de santé peut tout à fait justifier d'arrêts de longue durée, avec la possibilité de reprendre une activité ensuite. Cette mesure viendra donc les priver de cette possibilité, au risque de les exclure du monde du travail, soit par une orientation précoce vers un statut d'invalidé, qui va précariser et néanmoins coûter à l'Assurance maladie, soit par l'exclusion pure et simple du monde du travail et une orientation vers les prestations sociales (AAH ou RSA).

Nous préconisons plutôt un accompagnement précoce, au titre de la lutte contre la désinsertion professionnelle. Cela nécessite de renforcer les moyens des caisses d'assurance maladie et des services de santé au travail pour permettre cet accompagnement.

Article 32 – Lutter contre le gaspillage des produits de santé

38. Quel regard portez-vous sur l'expérimentation de re-dispensation de médicaments non utilisés ?

Émettez-vous des réserves sur une telle expérimentation ?

Quels vous paraissent être les prérequis indispensables à la mise en œuvre d'une telle expérimentation ?

Nous soutenons cette expérimentation basée sur un projet déposé par Unicancer.

L'expérimentation renvoie à un décret en Conseil d'Etat, nous serons



vigilants :

- Aux modalités d'information et d'opposition des patients
- Aux modalités de collecte et de contrôle de ces médicaments qui ne sont pas définis à ce stade mais dont les modalités interrogent.

Article 34 – Réforme des procédures d'accès direct, accès précoce et accès compassionnel

39. Les modifications du cadre législatif envisagé appellent-elles des réactions de votre part ? Ces évolutions vous semblent-elles de nature à simplifier les modalités d'accès dérogatoire aux médicaments ? Fragilisent-elles au contraire l'accès des patients à des médicaments innovants ?

Concernant l'accès direct -entendu comme accès suite à l'avis de la commission de la transparence de la HAS

Nous constatons que nos propositions portées à la DSS suite à l'expérimentation n'ont pas été entendues, principalement :

- 1) Créer un cadre de concertation des parties prenantes dont les associations de patient pour étudier toute demande d'octroi pendant les 45 jours d'étude du dossier
- 2) Mettre en place une délivrance en officine de ville
 - ☐ Dans le cas de Shingrix, la population cible concernée correspondait à 16 millions de patients. Les activités des PUI ne sont pas organisées pour gérer de tels flux.

Concernant l'accès précoce : le dispositif est profondément revu

- ☐ Nous militons historiquement pour trouver un juste équilibre entre permettre l'accès rapide aux médicaments pour des personnes en impasse thérapeutique tout en évitant que le dispositif ne soit dévoyé pour peser dans les négociations de prix
- ☐ Il est regrettable que la réforme-mise en œuvre dans un objectif premier de réduction des dépenses- souffre d'un manque de consultation des associations. Des discussions sont désormais tardivement ouvertes avec la DSS.

A propos de France Assos Santé

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



Défendre vos droits

Vous représenter

Agir sur les lois