NOTE

Rapport charges et produits 2025

France Assos Santé
La voix des usagers

18 juillet 2024

Le rapport Charges et produits de l'Assurance maladie nous est présenté dans un contexte politique instable, et confirme la perspective d'un déficit durable autour de 10Mds qui oblige d'autant plus à mener des actions en faveur de la soutenabilité de notre système de protection sociale. Ces actions passent notamment par une stratégie globale 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, mais nécessite également de s'interroger sur le désengagement de l'Etat et le financement croissant par l'Assurance Maladie de différentes structures ou projets ne relevant pas directement de ses missions.

Comme chaque année nous soulignons la grande qualité de ce rapport qui éclaire par le biais des cartographies, sur l'état de santé de la population mais aussi sur la situation de notre système de santé en général.

Concernant l'état de santé de la population, la hausse continue du nombre de malades chroniques (35%), et la dégradation de la santé mentale, particulièrement des jeunes, nous alerte plus que jamais sur la nécessité d'une politique d'envergure en matière de prévention, pour préserver la santé des usagers et celle de notre système de santé et de protection sociale.

Sur le volet santé environnementale

France Assos Santé se réjouit que l'Assurance maladie investisse la problématique de la santé environnementale et appuie notamment son intention de soutenir la recherche et de produire des données à même de documenter l'impact sanitaire et sociétal des risques environnementaux : ces données sont essentielles pour permettre la prise en compte des enjeux environnementaux dans les politiques de prévention et de promotion de la santé.

Sur l'approche par pathologies

Nous soutenons globalement l'ensemble des propositions concernant la prévention des cancers, et demandons que les personnes ayant un risque génétique de cancer soient également identifiés pour être inclus dans un parcours de suivi médical renforcé en précisant la prévention primaire pour éviter les sur risques comportementaux et des dépistages individualisés.

Nous sommes également favorables au déploiement d'un parcours polypathologies chroniques portant sur les maladies cardiovasculaires. Nous réitérons **néanmoins la demande d'une prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite** dans les conditions existantes.

Concernant la greffe rénale, nous émettons des alertes sur certaines propositions :

- La systématisation **du dépôt des directives anticipées dans Mon Espace Santé pour le don d'organes** remet en cause le principe du consentement présumé, en créant à côté du registre des oppositions, un registre du oui. Or, le mécanisme du consentement présumé est reconnu mondialement comme la base juridique la plus favorable au don. De plus, cela rendrait à la fois la communication plus complexe, alors que l'ABM consacre déjà beaucoup d'efforts à installer le message simple « parlez-en à vos proches ».
- **L'Implication des établissements volontaires du secteur privé dans les transplantations rénales programmables** ne fait l'objet d'aucune mention et encore moins d'aucun développement dans le rapport et n'a pas non plus fait l'objet de concertations. Les professionnels formés à la greffe rénale sont en nombre insuffisant pour faire coexister une activité privée en plus de l'activité publique. En revanche, de nouvelles coopérations public-privé pourraient être utilement développées pour favoriser le prélèvement et la greffe, l'association Renaloo porte notamment des propositions en ce sens.

Sur l'approche populationnelle

L'Assurance maladie présente de nouveau une approche populationnelle intéressante, ciblée cette année sur les jeunes, les femmes, les personnes âgées et les enfants pris en charge par l'ASE. Nous soutenons les propos de l'UNAF sur ce dernier volet notamment.

Concernant la santé des femmes, et particulièrement l'endométriose, nous soutenons les propositions de la CNAM. Dans la perspective de la nécessaire généralisation de l'Endotest, nous nous inquiétons de sa restriction en 3ème intention. L'association Endomind soutient l'utilisation du test en 1ère intention car celui-ci est efficace, non intrusif et permettrait de réduire une errance médicale de 10 ans en moyenne, et nous insistons sur la nécessité de prendre en compte l'impact du diagnostic sur la qualité de vie des patientes. Nous réaffirmons également la nécessité d'associer les associations aux différentes actions prévues, y compris l'étude portant sur les restes à charge pour laquelle nous attendons que soient mise en œuvre des actions concrètes, comme cela est prévu dans l'Instruction de septembre 2023. Par ailleurs des propositions complémentaires sont portées par l'association Endofrance pour que les infirmiers scolaires/infirmiers libéraux ou pharmaciens d'officine puissent être autorisés à proposer une orientation par le biais d'un questionnaire d'aide au diagnostic déjà élaboré.

Concernant les **personnes âgées**, nous avons des inquiétudes quant au développement de "parcours", avec les seuls professionnels des soins, sans coordination avec le secteur médico-social, quand la Loi bien vieillir a, outre la généralisation d'ICOPE, enfin donné un cadre législatif au Service Public Département Autonomie.

Sur l'accès aux soins

Concernant l'accès aux soins, les éléments relèvent majoritairement des conventions. Nous sommes favorables au développement de l'exercice coordonné avec des financements collectifs et des indicateurs prenant en compte les caractéristiques de la patientèle. Nous sommes aussi favorables à la possibilité de développer des structures traitantes, notamment dans notre contexte de désertification médicale.

Si nous soutenons la création d'un **Observatoire de l'Accès aux soins**, nous demandons la présence de représentants d'usagers, et regrettons que les engagements soient strictement collectifs, ce qui dilue la responsabilité des professionnels de santé. Nous rappelons par ailleurs que **l'Observatoire des pratiques tarifaires ne s'est plus tenu depuis 6 ans**, alors même que le rapport confirme la hausse importante des dépassements d'honoraires. Nous demandons donc que cet Observatoire se réunisse de nouveau conformément aux règles conventionnelles.

Concernant la **suppression de la prise en charge des prescriptions des médecins non conventionnés** : nous partageons le principe de sanction des médecins qui se déconventionnent, mais nous sommes inquiets de l'impact pour les patients, et demandons la mise en œuvre, au-delà de l'information nécessaire, d'un véritable accompagnement attentionné des patients de ces médecins avec la certitude que chacun ait accès à un médecin conventionné.

Concernant les dispositions en **lien avec les transports**, nous soutenons la proposition d'une analyse approfondie intégrant les difficultés d'accès dans certains territoires, et pour certaines populations en difficulté de mobilité (personnes âgées, en situation de handicap, d'obésité.), couplée à une analyse des restes à charge. Une évaluation des pratiques abusives, voire frauduleuses, des transporteurs serait utile dans l'analyse des dépenses également. Sur les transports partagés, nous demandons qu'une évaluation de la qualité, et du respect des conditions de mise en œuvre qui seront prévues, soit menée avant d'envisager toute pénalisation des usagers. Nous réitérons également notre demande de « guideline » en direction des prescripteurs concernant les difficultés potentielles à analyser avant la prescription d'un transport partagé ou en transports en commun: besoin d'un aidant/accompagnant, fragilité face au risque infectieux, fatigue supplémentaire liée à des temps d'attente et de délais allongés, etc.

Concernant l'incitation aux transports individuels et communs, nous rappelons l'exclusion en 2011 de la prise en charge lorsque le patient, y compris en ALD, peut se rendre par ses propres moyens à ses rendez-vous. Nous demandons donc la réintroduction de cette prise en charge pour les patients en ALD avec des soins itératifs qui supportent des restes à charge et font donc le choix d'un transport professionnalisé plus couteux pour l'Assurance maladie.

Sur le volet numérique

Nous saluons la **volonté de réflexion partagée autour des téléconsultations** alors que plus que jamais professionnels et Assurance maladie doivent jouer leur rôle pour proposer aux patients des parcours alternés de proximité à même de répondre de manière pertinente aux enjeux d'accès aux soins, notamment face aux difficultés pour déployer en routine les parcours de télésurveillance.

Sur le volet des produits de santé

France Assos Santé est favorable aux mesures qui permettent de préserver les comptes de l'assurance maladie tout en respectant les droits et la sécurité des personnes malades. Nous sommes d'ores et déjà engagés dans les travaux relatifs **au bon usage et à la lutte contre le gaspillage**. Les bonnes intentions et outils d'accompagnement doivent être aujourd'hui complétés par une meilleure régulation des acteurs, notamment des prescripteurs, principaux artisans de cette particularité française source de risques pour les personnes malades, de dépenses inutiles et d'impact environnemental.

La possibilité d'interroger la personne malade sur l'état de son stock prévu à titre expérimental participerait en effet à limiter les prescriptions, délivrances inutiles et les facturation abusives à l'Assurance maladie.
Le recours aux médicaments biosimilaires constitue une gigantesque source d'économie. La primo prescription et le changement pour un médicament biosimilaire par un médecin doit être privilégié pour des raisons de sécurité, d'accompagnement et d'adhésion des personnes malades.

La substitution de médicaments biosimilaires en officine de ville n'existe dans aucun autre pays Européen. En France, nous avançons sous la contrainte depuis les dispositions de la dernière LFSS qui permet l'inscription automatique des biosimilaires sur la liste des substituables 2 ans après leur commercialisation sauf avis contraire de l'ANSM.

Nous soutenons la mesure visant à **permettre le remboursement par les industriels du surcoût de marge** payé par l'Assurance maladie.
Cet ajustement questionne une nouvelle fois la légitimité et la nécessaire transparence des prix des nouveaux médicaments qui mettent en tension la soutenabilité de notre système solidaire.

Nous demandons également de corriger la législation nationale [1] pour assurer la déclaration effective de l'ensemble des aides apportées dans le développement mais aussi dans la production d'un médicament. Les déclarations actuelles peuvent légitimement interroger les contribuables (2 entreprises, 194 202 Euros déclarés en 2022).

[1] Article L.162-17-4-3 du code de la sécurité sociale

Sur le volet de la régulation du système de santé et la lutte contre la fraude

France Assos Santé soutien globalement les mesures visant à réguler le système de santé et à lutter contre les fraudes, qui nuisent à l'ensemble des acteurs, et au premier chef aux usagers.

Le rapport analyse de manière plus approfondie cette année **la financiarisation du système de santé**, avec des comparaisons internationales utiles. Nous renouvelons notre soutien à la proposition d'un Observatoire de la financiarisation pour évaluer l'impact sur la qualité et l'accès aux soins et les dérives associées.

Concernant les IJ, si nous sommes favorables à l'identification des situations de prescriptions atypiques et à la lutte contre les trafics émergents de faux arrêts de travail, qui nuisent à notre système de protection sociale, nous sommes en revanche en opposition avec la vision consistant à mettre la pression sur les prescripteurs, les médecins-conseils et les patients pour consolider au plus tôt et dissuader de solliciter un arrêt. Nous considérons que cela ne peut pas être présenté comme une « optimisation » mais que cela consiste plutôt en une mise en danger des patients, injuste et dangereuse. D'autant que les hausse des dépenses d'IJ est liée en grande partie à des causes structurelles liées à la hausse de la masse salariale, des salaires et le recul de l'âge de la retraite. La santé mentale en déclin de la population entraine également de facto une hausse de ces dépenses, il est donc fondamental de mener des actions d'envergure concernant la prévention et la prise en charge des troubles psychologiques, mais aussi, au-delà des actions de prévention contre les TMS menées par l'Assurance maladie avec les entreprises, des actions de prévention contre les risques psycho-sociaux au travail.

Au final, l'Assurance maladie nous propose encore cette année un rapport d'une grande richesse avec des éclairages et des propositions que nous soutenons, même si nous émettons certaines réserves pour certaines d'entre elles, notamment sur le volet des prestations en espèces avec une pression financière qui nous parait démesurée.

Nous regrettons également l'absence totale d'éléments sur les barrières financières concernant l'accès aux soins et la question du recours à la complémentaire Santé Solidaire, ainsi que celle sur la situation des personnes en situation de handicap, qui aurait pu être intégrée dans différentes parties. Il nous apparait nécessaire que des actions spécifiques soient menées pour ces personnes, par exemple pour le dépistage des cancers, les bus ne serviront à rien pour elles s'ils ne sont pas accessibles, ni l'équipement médical.

Néanmoins, au regard de l'ensemble du rapport France Assos Santé se **prononce favorablement** sur ce texte.

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.

France Assos Santé

La voix des usagers

Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Document réalisé par le service communication de France Assos Santé. Juillet 2024.