

# Actes de la Journée nationale

## Assurance maladie

### 80 ANS D'ENGAGEMENT, ET MAINTENANT ?

Innovation et nouveaux défis :  
comment maintenir un haut  
niveau de protection et la  
proximité avec les usagers

• **MARDI 2 DÉCEMBRE 2025** •  
9h00 - 16h30

**FIAP PARIS**  
30 rue Cabanis  
75014 Paris



# Sommaire

---

<b>Discours d'ouverture.....</b>	<b>3</b>
Gérard RAYMOND - Président de France Assos Santé (FAS).....	3
Thomas FATÔME - Directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM).....	4
<b>Evolution de la gouvernance : quelle place pour la démocratie sociale et sanitaire ?.....</b>	<b>6</b>
Fabrice GOMBER - Président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)	
Stéphane BERNARDELLI - Représentant de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) au conseil de la CNAM	
<b>Prise en charge des maladies chroniques : quels enjeux et comment y répondre ?.....</b>	<b>11</b>
Yann-Gaël AMGHAR - Président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie	
Clélia DELPECH - Sous-directrice du financement du système de soins, Direction de la Sécurité sociale (DSS)	
Julie POUGHEON - Cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins (DGOS)	
Gérard RAYMOND - Président de France Assos Santé	
L'animation de cette table ronde est assurée par Raphaël LENOIR, FNATH	
<b>L'Assurance Maladie vue par ses usagers engagés : vos retours pour mieux agir .....</b>	<b>18</b>
L'animation de ce sondage interactif est assurée par Alexine GELLER, UNAF, et Kevin TRAN FLORENTZ, FAS	
<b>Prise en charge des maladies chroniques : quels enjeux et comment y répondre ?.....</b>	<b>22</b>
Annika DINIS - Directrice opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé, CNAM	
D <sup>r</sup> Jérémie GOUDOUR - Président d'Omedys, organisation territoriale de télémédecine	
Wannes VAN HOOFF - Responsable du service « Enjeux éthiques, juridiques et sociaux » de Sciensano (l'institut de santé publique belge)	
L'animation de cette table ronde est assurée par Arthur DAUPHIN, FAS	
<b>Prestations en espèces : comment adapter un modèle figé aux vulnérabilités d'aujourd'hui et de demain ?.....</b>	<b>28</b>
Féreuze AZIZA - Conseillère nationale mission Assurance Maladie, France Assos Santé	
Karim FELISSI - Membre du Conseil de la CNAM pour la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)	
<b>Conclusion de la journée.....</b>	<b>33</b>

# Discours d'ouverture

---

*Gérard RAYMOND*

*Président de France Assos Santé (FAS)*

Chers amis, ces réunions sont extrêmement importantes, particulièrement dans cette période relativement agitée et pleine d'incertitudes. Cette journée est particulière également puisque nous avons récemment fêté les 80 ans d'une action volontariste et révolutionnaire de certaines personnes qui, à la sortie de la guerre, en 1945, ont voulu créer la Sécurité sociale, fondée sur les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité. Nous constatons aujourd'hui des difficultés, compte tenu de l'évolution de notre société, à pouvoir répondre aux besoins autour de ces valeurs, notamment les besoins d'égalité. Nous observons, jour après jour, certaines inégalités grandir au sein de notre société. Le financement de notre protection sociale et de notre Sécurité sociale est de plus en plus difficile. L'État, aujourd'hui, assume un rôle de plus en plus important. Nos partenaires sociaux assument un rôle évidemment important. Un nouvel acteur est venu en 2004 s'ajouter à la réflexion, à savoir les représentants de la démocratie en santé, c'est-à-dire nous-mêmes. Il était important que la société civile organisée puisse prendre part à la réflexion, non pas à la gestion, mais aux missions de l'Assurance maladie et de la CNAM. Je voudrais saluer la participation aujourd'hui du Directeur général de la CNAM, auquel je souhaite poser une question, avant de lui laisser la parole.

Monsieur le Directeur général, l'assurance-maladie fête cette année, ses 80 ans, un anniversaire qui symbolise à la fois la solidarité d'un modèle et la nécessité de la réinterroger. Depuis 1945, elle a su incarner la solidarité et l'accès universel aux soins, tout en s'adaptant aux évolutions profondes de notre société et de notre système de santé. Aujourd'hui, face aux nouveaux défis, le vieillissement de la population, l'explosion des maladies chroniques, le virage préventif et numérique, l'attente croissante des usagers de la santé en matière de transparence et de proximité, comment la CNAM, Monsieur le Directeur général, entend-elle maintenir ce haut niveau de protection sociale, tout en innovant dans ses modes d'action et en renforçant la confiance et la participation des citoyens ?

Je vous souhaite une excellente journée.



### *Thomas FATÔME*

*Directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)*

Merci, Monsieur le Président. Je suis très heureux d'être parmi vous. Les 80 ans de la Sécurité sociale sont le fruit d'un engagement d'acteurs politiques et sociaux pour reconstruire le pays sur des valeurs de solidarité. Je remercie tous ceux qui font vivre au quotidien la gouvernance de l'Assurance Maladie, qui est une gouvernance originale et qui fonctionne efficacement. Je salue également le rôle éminent des représentants des patients, qui sont des acteurs plus « récents », mais essentiels. Cette gouvernance se vit également en proximité dans les territoires, avec les conseils et les équipes des caisses primaires, ce qui a une valeur inestimable à l'aube du renouvellement des mandats.

Pour répondre à votre question sur la manière de faire face aux défis, il convient au préalable de se montrer lucide sur leur nature.

Le premier défi est celui de la démographie et de l'épidémiologie. D'ici 2035, près de 20 % de la population aura plus de 70 ans. Plus de 25 % des assurés seront en affection de longue durée.

Le deuxième est celui de l'accès aux soins, qu'il soit financier ou territorial, dans un contexte de rareté de la ressource médicale qui persistera malgré la suppression du *numerus clausus*.

Le troisième défi est celui de l'innovation. Il s'agit d'une source d'espoir, mais qui pose un défi de soutenabilité avec des traitements qui coûtent parfois plusieurs centaines de milliers d'euros.

Le quatrième défi est celui des comportements et de la solidarité. Nous devons créer les conditions nécessaires pour faire évoluer les comportements individuels et collectifs vers la prévention et le dialogue. Il est essentiel d'expliquer que la différence entre le salaire brut et le salaire net finance notre modèle social.

Enfin, le défi de la soutenabilité financière est majeur. Un déficit de 17 milliards d'euros est prévu pour l'Assurance Maladie en 2025, un niveau inédit hors période de crise. Les perspectives pluriannuelles sont sombres.

Face à cette situation, nous devons « nous retrousser les manches ». Le dialogue démocratique, comme celui que nous avons eu pour le rapport Charges et produits pour 2026, est un levier essentiel. Nous avons posé un diagnostic et proposé des transformations autour de trois axes : la prévention, l'organisation des soins et le juste soin au juste prix.

La prévention est la mère de toutes les batailles. Il est indispensable d'investir dans l'école et l'entreprise, de lever les obstacles financiers aux dépistages et d'utiliser les outils numériques comme Mon Espace Santé, qui a été activé par plus d'un tiers de nos concitoyens.

Concernant l'organisation, il apparaît nécessaire de concrétiser la notion de parcours de soins, de mieux organiser la ville pour les soins non programmés et d'amplifier le rôle des CPTS.

Pour le juste soin au juste prix, nous devons agir sur les tarifs surévalués de certains médicaments ou actes, mais également promouvoir la pertinence des soins. Des outils comme le Dossier Médical Partagé et Mon Espace Santé doivent devenir la norme. La lutte contre la fraude, bien qu'elle ne résolve pas le déficit, est également une nécessité.

Pour innover, nous nous appuyons sur deux leviers complémentaires : le numérique et la proximité. Le numérique offre de nouveaux services, comme l'application Carte Vitale sur smartphone, et permet un meilleur pilotage grâce aux données. La proximité est tout aussi essentielle. La santé constitue un enjeu majeur pour les élus locaux. L'Assurance Maladie doit être un acteur du territoire, un « *go-between* » pour accompagner les projets de santé locaux.

Pour réussir, une prise de conscience collective de ces défis est indispensable afin de dépasser les logiques de silos. Les débats actuels autour du PLFSS manquent parfois de cette vision partagée. Votre journée participe à cette rencontre des acteurs, à ce partage des défis et des solutions. Je vous en remercie.

# Evolution de la gouvernance : quelle place pour la démocratie sociale et sanitaire ?



**Fabrice GOMBERT**

*Président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)*

**Stéphane BERNARDELLI**

*Représentant de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) au conseil de la CNAM*

*L'animation de ces regards croisés est assurée par Féreuze AZIZA, France Assos Santé.*

## **Féreuze AZIZA**

Lors de la création de la Sécurité sociale à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, il avait été décidé d'en confier la gestion aux acteurs principaux, c'est-à-dire les financeurs, à savoir des représentants des employeurs et des salariés. Au fil du temps et des crises politiques et financières, la situation a évolué, avec quelques caps importants. Différentes taxes et contributions ont contribué au financement. De son côté, le rôle de l'Etat est devenu de plus en plus important, notamment en 1996, avec les lois de financement de la Sécurité sociale et la COG (convention d'objectifs et de gestion). En 2004, l'Assurance Maladie a « perdu » son conseil d'administration, devenu conseil d'orientation.

La première question s'adresse à Fabrice Gombert, qui, outre son statut de président de la CNAM, est un représentant historique de la CFDT. Comment se compose le conseil de la CNAM et des CPAM ? Quelles sont leurs missions ? La seconde question portera sur votre regard, en votre qualité de président et de représentant syndical, sur l'évolution de ce conseil.

## **Fabrice GOMBERT**

Le Conseil de la CNAM est un conseil d'orientation depuis 2004. Il a pour mission de contribuer à la mise en œuvre des politiques de santé, notamment en matière de prévention

et d'organisation du système de soins. Nous votons le rapport charges et produits, qui alimente les réflexions des parlementaires pour le PLFSS. Nous votons également les orientations de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), signée de manière tripartite avec l'État et le directeur général, qui détermine les moyens et les actions de l'organisme.

Au niveau national, le Conseil est composé de treize représentants des assurés sociaux (syndicats), treize représentants des employeurs, et d'un troisième collège incluant des institutions comme la FNATH et l'UNAF, la Mutualité, un représentant étudiant (FAGE) et une personnalité qualifiée. Au niveau local, dans les CPAM, la composition est similaire avec huit représentants pour les salariés et les employeurs, ainsi que le troisième collège.

Localement, les conseils délibèrent sur les Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG), la politique de gestion du risque, l'action sanitaire et sociale, et votent les budgets. Ils définissent également le schéma directeur immobilier, ce qui est important pour l'accès aux droits.

### **Féreuze AZIZA**

Merci beaucoup. Stéphane Bernardelli, comment s'est passée l'intégration des associations au sein des conseils ? Quels sont les apports et les difficultés rencontrées ?

### **Stéphane BERNARDELLI**

J'ai vécu de l'intérieur la transformation du conseil d'administration en conseil d'orientation en 2004. À l'époque, l'arrivée des représentants des usagers, ce fameux troisième collège, n'a pas été bien accueillie. Nous venions perturber une gouvernance historiquement paritaire entre syndicats de salariés et représentants des employeurs.

La principale difficulté a été de trouver notre place et d'avoir un rôle à jouer. Il est essentiel que les représentants des différentes associations d'usagers travaillent ensemble pour exister et peser dans les débats. C'est une différence avec les CAF, où l'UNAF constitue un collège à part entière. L'autre enjeu majeur est de participer aux différentes commissions du conseil, notamment aux commissions paritaires avec les professionnels de santé. Le plus grand combat a été d'obtenir notre place au sein de la commission de recours amiable (CRA).

L'intégration à la CRA a été un « long parcours du combattant ». Il a fallu des sollicitations auprès de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et une décision du Conseil d'État pour que notre droit à y siéger soit reconnu dans les textes. Même ensuite, l'opposition des collèges employeur et salarié était forte. Aujourd'hui, la présence d'un représentant du troisième collège à la CRA est entrée dans les mœurs, mais cette mesure a nécessité plus de dix ans.

Cette volonté des acteurs historiques de garder la mainmise sur la gouvernance persiste. Par exemple, au niveau de l'UCANSS, le troisième collège n'est toujours pas représenté au sein de la délégation du Conseil de la CNAM, en raison d'un accord politique entre les partenaires sociaux. Cette situation est paradoxale, car la légitimité historique des partenaires sociaux, fondée sur le financement par les cotisations, s'érode à mesure que la part des impôts dans le financement de la Sécurité sociale augmente.

### **Féreuze AZIZA**

Malgré ces difficultés, des évolutions ont eu lieu en vingt ans. Monsieur le Président, quel est votre regard sur l'arrivée de ces nouveaux acteurs ? Pensez-vous qu'il faille revenir à un conseil d'administration ou faire évoluer autrement le Conseil pour renforcer la démocratie sanitaire et sociale ? Qu'en est-il de la question de la limite d'âge pour les mandats, qui impacte fortement nos associations ?

**Fabrice GOMBERT**

La réforme de 2004 doit être comprise dans son contexte historique. Le plan Juppé de 1995 a mis fin à une cogestion qui accumulait les déficits, en instaurant le contrôle du Parlement sur les dépenses. Puis, la création de la CMU en 2000 a introduit un droit à l'assurance maladie non basé sur la cotisation, ce qui a changé le paradigme.

À cette époque, des tensions sont apparues, notamment lorsque le MEDEF a quitté les conseils pour protester contre la gestion de la CMU et la loi sur les 35 heures. La canicule de 2003 a ensuite mis en lumière la nécessité d'écouter la voix des usagers. La réforme de 2004 a donc été un compromis pour faire revenir les employeurs, qui ne souhaitaient plus la gestion directe des caisses. C'est pourquoi le conseil d'administration est devenu un conseil d'orientation.

Personnellement, je n'ai jamais constaté de différence fondamentale entre les deux options. Gérer les contrats de travail ne m'intéresse pas. J'ai toujours considéré comme légitime l'arrivée des associations et des organismes complémentaires. Chacun a sa place. L'important est ce que nous faisons de nos mandats.

**Féreuze AZIZA**

Au-delà du sentiment d'être parfois une simple chambre d'enregistrement, sur quels sujets importants le Conseil de la CNAM a-t-il pu réellement peser ?

**Fabrice GOMBERT**

Même si nous regrettons souvent que nos propositions du rapport charges et produits ne soient pas reprises dans le PLFSS, l'exercice reste utile. Notre rôle est d'être des lanceurs d'alerte, comme nous l'avons fait sur la financiarisation du système de santé ou sur l'utilisation des données de santé pendant la crise de la Covid-19.

Nous assumons également un rôle de sensibilisation des médias et des parlementaires. Récemment, nous nous sommes mobilisés collectivement contre le projet de décret augmentant les participations forfaitaires et les franchises, que le gouvernement a tenté de faire passer en urgence durant l'été.

De même, nous avons été sollicités sur des textes concernant l'Aide médicale-État (AME). Nous avons communiqué et saisi les parlementaires pour dénoncer le caractère déraisonnable de ces projets. Personnellement, je m'interroge sur la légitimité du Conseil de l'Assurance Maladie à se prononcer sur le panier de soins de l'AME, alors que ce dispositif est financé par le budget de l'État et que nous n'en assurons qu'une délégation de gestion.

Bien que ce point ne relève pas de notre rôle, nous avons dû rendre un avis sur des textes qui, finalement, n'ont jamais été publiés. Heureusement que le Conseil et la commission de la législation étaient vigilants, car ces textes ont été retirés.

Je reviens sur le sujet des lanceurs d'alerte. En 2016, avec Madame Touraine, nous étions confrontés à des situations mêlant financiarisation et fraude. Je rappelle l'épisode Proxidentaire, qui concernait des délabrements et mutilations dans un groupe de centres de santé dentaires. L'affaire recouvrait un montage financier : le directeur des centres était également à la tête de la société fournissant le matériel, de l'organisme de formation et de l'entité accordant les prêts pour les soins. Nous avons alerté sur ces dérives. La question de la réparation pour les assurés victimes s'est alors posée. Un collège de sachants a été mis en place au niveau national pour déterminer les modalités et les montants des indemnités. Je me souviens de la vive réaction des conseillers lorsqu'ils ont appris en plein mois d'août qu'un prélèvement de 10 millions d'euros serait effectué sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale pour financer ces réparations. Malgré cela, les mêmes pratiques se sont reproduites, comme nous l'avons vu il y a trois ans avec le cas Dentexia.

La financiarisation touche également les laboratoires de biologie, où les médecins biologistes ne sont plus propriétaires de leur outil de travail et se retrouvent salariés

d'actionnaires. Cette situation interroge, comme l'indiquait le Directeur général, sur la notion du juste soin au juste coût et sur le paiement de certaines prestations.

Concernant la limite d'âge et la durée des mandats, les présidents des caisses nationales ont interpellé la Direction de la Sécurité sociale pour aligner l'âge des mandats sur celui du départ à la retraite. Une majorité des chefs de file des organisations du Conseil m'a donné mandat pour cosigner ce courrier. Je comprends la difficulté pour certaines organisations, notamment celles qui, comme la FNATH, n'ont qu'un seul représentant pour suivre les travaux de toutes les commissions.

Lorsque nous avons été reçus par le directeur de la Sécurité sociale, j'ai soulevé une incohérence : nous nous engageons pour des Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) de cinq ans, alors que nos mandats sont de quatre ans. Il est frustrant de porter politiquement une COG et de voir notre mandat s'interrompre un an avant son terme. J'ai donc plaidé pour que nos mandats soient alignés sur la durée de la COG ou sur un quinquennat. Il m'a cependant été opposé que la composition des conseils est liée à la mesure de l'audience des élections professionnelles, qui a lieu tous les quatre ans. Une modification de la représentativité syndicale entraîne une modification de la composition des conseils, ce qui justifie la durée de quatre ans. Je regrette néanmoins que nos mandats ne soient pas alignés sur la durée de la COG.

### **Féruze AZIZA**

Un mandat de quatre ans n'empêche cependant pas de faire évoluer la limite d'âge pour l'aligner sur celle de la retraite.

### **Fabrice GOMBERT**

La réponse qui nous a été apportée est qu'une personne peut voir son mandat renouvelé à 66 ans moins un jour à la date de l'arrêté de nomination, ce qui porte la fin du mandat à 70 ans.

### **Féruze AZIZA**

Nous ne sommes honnêtement pas satisfaits de la réponse du ministère sur ce sujet. Je vous propose de donner un dernier mot à Stéphane Bernardelli.

### **Stéphane BERNARDELLI**

La complexité de la limite d'âge est différente selon les collèges. Pour les syndicats et les employeurs, le vivier de recrutement se situe dans le monde du travail ; l'âge de la retraite est par conséquent une limite corrélée. Pour le troisième collège, celui des associations, la situation est inverse. Nos représentants sont des bénévoles, et les plus disponibles sont souvent les retraités. Nous nous retrouvons par conséquent bloqués par cette limitation d'âge qui nous oblige à un renouvellement perpétuel.

Je prêche des convaincus, mais il est important de mobiliser vos associations et vos réseaux en vue du renouvellement. Il est essentiel de siéger dans les instances de la Sécurité sociale. Même si le Conseil peut parfois être perçu comme une chambre d'enregistrement, le véritable travail s'opère dans les commissions, où nous sommes en prise directe avec le terrain. Nous pouvons y aider les usagers que nous représentons. Notre présence est également l'occasion de développer des partenariats ; les organismes nous sollicitent parce que nous participons à ces instances. Enfin, il est possible de créer des liens avec les élus locaux par le biais des actions que nous menons, renforçant notre capacité à défendre les intérêts des familles et des usagers.

### **Féruze AZIZA**

Merci beaucoup. La parole est à la salle.

### **Représentante en caisse commune de Sécurité sociale**

J'ai constaté que la fusion au sein d'une caisse commune a permis une plus grande ouverture d'esprit et une meilleure écoute entre les différents collègues, facilitant ainsi les interventions. Par ailleurs, je tenais à vous indiquer que les élections préparées à l'avance ne sont pas une spécificité de la région parisienne.

### **Stéphane BERNARDELLI**

Je le confirme ; l'élection de la gouvernance se prépare toujours en amont dans toutes les caisses. Le jour du vote n'est souvent qu'une formalité, même s'il peut exister des tensions politiques.

Pour nous, représentants d'usagers du troisième collège, il est d'autant plus important de démontrer notre valeur et notre apport auprès des autres représentants. La qualité de nos interventions et notre motivation peuvent légitimer notre participation à la gouvernance. La compétence prouvée est le meilleur atout pour animer les débats et participer aux décisions des instances.

### **Un Membre de la FNAR (Fédération Nationale des Associations de Retraités)**

À une époque où il est constamment question de vieillissement et de longévité, il me semble curieux que les personnes de plus de 65 ans soient exclues de nombreuses instances. Pourquoi n'aurions-nous pas notre mot à dire sur la santé des personnes âgées ? Je pense que nous pouvons encore exprimer des idées pertinentes jusqu'à 70 ou 75 ans, et même au-delà. Nous avons le sentiment d'être ignorés, alors que la Sécurité sociale concerne également notre santé.

### **Féruze AZIZA**

La question ne s'adresse pas à nos intervenants, mais il s'agit d'un sujet majeur pour nous, représentants d'usagers. Nous avons saisi le ministère et même le Défenseur des droits sur cette limitation d'âge, que nous estimons discriminatoire. La réponse du ministère est qu'une loi sur la gouvernance serait nécessaire et que le processus est complexe. Nous continuons de militer pour repousser cette limite d'âge ou, à défaut, pour obtenir des exceptions comme il en existe pour les représentants des retraités dans certaines caisses.

# Prise en charge des maladies chroniques : quels enjeux et comment y répondre ?



**Yann-Gaël AMGHAR**

*Président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*

**Clélia DELPECH**

*Sous-directrice du financement du système de soins, Direction de la Sécurité sociale (DSS)*

**Julie POUGHEON**

*Cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins (DGOS)*

**Gérard RAYMOND**

*Président de France Assos Santé*

*L'animation de cette table ronde est assurée par Raphaël LENOIR, FNATH.*

## **Raphaël LENOIR**

Nous poursuivons cette matinée en abordant le sujet des maladies chroniques. Elles représentent un enjeu majeur, puisqu'elles concernent aujourd'hui 24 millions de personnes en France, soit un assuré sur trois, et génèrent 60 % des dépenses de santé remboursées. Les prévisions pour 2035 indiquent que 43 % de la population pourrait être concernée.

Je vous propose de commencer par une question générale : quels sont, selon vous, les principaux défis dans la prise en charge des maladies chroniques ?

## **Gérard RAYMOND**

Je souhaite d'abord me féliciter d'une excellente nouvelle : depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2025, le remboursement des fauteuils roulants est intégral. C'est l'aboutissement d'un long combat.

Étant moi-même atteint d'une pathologie chronique évolutive, je tiens à rappeler que nous n'accompagnons pas une maladie, mais une personne. Le premier défi est de faire reconnaître par l'ensemble du système de santé que la prise en charge doit considérer la personne dans sa globalité, avec ses croyances, ses difficultés et son milieu social, afin de construire avec elle un projet de vie et un projet de soins.

Le deuxième défi est le collectif. L'accompagnement doit impliquer non seulement les professionnels de santé, mais également les communautés de patients. La raison d'être de nos associations est de fournir une aide et une solidarité pour que les personnes ne se sentent pas seules face à leur maladie.

Le troisième défi consiste à « remettre à plat » le champ du remboursable. Il est nécessaire de réfléchir collectivement, avec des instances comme la Haute Autorité de Santé, à ce qui est utile pour bien vivre. Nous nous apercevons peut-être que l'accompagnement humain apporte parfois davantage de satisfaction que la seule prise de médicaments.

### **Yann-Gaël AMGHAR**

Je rejoins l'importance du collectif, mais je dois mentionner également les enjeux financiers. Nous faisons face à un déficit de 11 milliards d'euros, une situation inédite hors récession ou pandémie. Même avec un ONDAM maîtrisé, ce déficit risque de se creuser. L'analyse des dépenses de santé montre que si les soins courants sont stables, les pathologies chroniques concentrent 60 % des dépenses de l'Assurance Maladie. Les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies psychiatriques et le diabète représentent à eux seuls 40 % de ces dépenses.

Cette dynamique s'explique par plusieurs facteurs. En premier lieu, le nombre de patients chroniques augmente en raison du vieillissement de la population et de l'allongement de leur espérance de vie grâce aux progrès médicaux. Ensuite, la prévalence de certaines maladies augmente à âge égal, notamment pour des raisons environnementales. Enfin, les innovations thérapeutiques, bien que bénéfiques, sont de plus en plus coûteuses et se concentrent sur ces pathologies.

Une part croissante de ces dépenses étant prise en charge à 100 % au titre des affections de longue durée (ALD), la part socialisée de la dépense augmente mécaniquement. L'enjeu de la soutenabilité de notre système de protection sociale est donc de maîtriser la tendance des coûts liés aux pathologies chroniques.

### **Julie POUGHEON**

L'enjeu de la soutenabilité nous oblige à agir sur les principaux déterminants des dépenses, dont le poids des pathologies chroniques. Un premier enjeu est de renforcer la prévention primaire, car de nombreuses maladies chroniques sont évitables ou leurs effets peuvent être retardés. Les programmes de prévention sont sous-utilisés en France, et nous devons développer des stratégies « d'aller vers » pour toucher les populations les plus éloignées du soin, qui sont également les plus exposées aux facteurs de risque.

Le deuxième enjeu est le diagnostic précoce, qui rencontre les mêmes difficultés d'accès aux soins pour certaines populations. Un diagnostic précoce améliore la prise en charge et la qualité de vie.

Le troisième enjeu est la complexité des prises en charge. Notre système a été conçu pour les phases aiguës, alors qu'une bonne gestion des maladies chroniques vise justement à les éviter. Il faut donc agir en amont et en aval pour stabiliser le patient.

Enfin, le dernier enjeu est de mieux prendre en compte le patient dans toutes ses dimensions : sa qualité de vie, sa relation avec ses proches aidants, et son rôle en tant qu'acteur de sa santé. Il doit être éduqué sur sa pathologie pour identifier les symptômes,

comprendre son plan de soins et participer aux décisions, car nous ne sommes pas tous égaux face à la tolérance des traitements et aux choix de vie.

### **Clélia DELPECH**

Les principaux enjeux ont été exposés. Il convient désormais d'identifier les leviers à mobiliser pour y répondre, qu'ils soient de court ou moyen terme. Cette situation nous invite également à repenser en profondeur les modalités de financement de notre système de santé.

### **Raphaël LENOIR**

Vous êtes plusieurs à avoir évoqué la complexité des parcours, les difficultés de diagnostic, etc. Ma deuxième question est la suivante. Les personnes atteintes de maladies chroniques bénéficient-elles d'un parcours de soins coordonné, de qualité et accessible ? Quelles actions concrètes envisageriez-vous pour apporter des améliorations ?

### **Gérard RAYMOND**

Nous sommes tous d'accord sur les difficultés actuelles, qui se traduisent par un coût. Cependant, il est essentiel de commencer par prendre soin des personnes avant d'aborder la question financière. Une personne atteinte de pathologie chronique s'inscrit dans un projet de vie. Pourquoi continuons-nous à raisonner en actes médicaux ponctuels ? Nous devrions réfléchir à un coût global qui engagerait une équipe d'accompagnants avec le patient pour définir des objectifs. En tant que patient observant, je vois un professionnel de santé moins de quatre heures par an ; le reste du temps, je dois me débrouiller.

Le modèle économique pour les maladies chroniques ne peut plus être l'addition d'actes. Ce qui coûte cher, ce sont les complications. Comment prévenir leur apparition ? Un patient diabétique non compliqué coûte quelques milliers d'euros par an, contre 80 000 euros pour un patient sous dialyse. Nous devons travailler sur des réformes structurelles pour accompagner les personnes et éviter ces complications.

Pour relever ces défis, il est important de détruire les cloisons entre tous les acteurs. Si nous considérons les patients comme des personnes responsables, capables de comprendre et d'être accompagnées pour mieux vivre leur projet de vie, notre système deviendra beaucoup plus efficient. Avec 12 % du PIB consacré à la santé, nous devrions obtenir de meilleurs résultats.

### **Clélia DELPECH**

Le premier levier est de construire des actions pour prévenir l'apparition des maladies chroniques et, une fois qu'elles surviennent, pour éviter leur aggravation. Les pouvoirs publics ont déjà mis en place plusieurs actions. Je citerai les bilans de prévention aux âges clés de la vie, pris en charge à 100 %, qui permettent de se réinterroger sur ses habitudes et de redevenir acteur de sa santé.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) actuel contient un article 19 qui crée un nouveau parcours préventif pour les personnes atteintes de pathologies chroniques risquant d'évoluer vers une affection de longue durée (ALD). Il s'agit d'un changement majeur qui vise à prévenir l'aggravation en amont.

Le troisième levier est la lutte contre les cloisonnements et le renforcement de la coordination entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Tel est l'objectif des expérimentations de l'article 51, avec plus de 160 projets en cours. Parmi eux, les parcours coordonnés renforcés nous semblent très prometteurs. Ils permettent de financer des prestations jusqu'à présent non remboursées, comme l'activité physique adaptée, la diététique ou des actions « d'aller vers », afin de prendre en compte la personne dans toutes ses dimensions.

**Julie POUGHEON**

Le décloisonnement est un sujet dont nous parlons depuis plusieurs années. Notre système a été conçu en silos, avec des financements distincts pour la ville, l'hôpital et le médico-social. Or la prise en charge d'un patient s'étend sur toute sa vie et fait appel à ces trois composantes. Pour les maladies chroniques, qui nécessitent prévention, éducation thérapeutique et accompagnement, il est essentiel de faire travailler tous les acteurs ensemble.

Nous y parvenons sur des épisodes de soins grâce aux parcours coordonnés renforcés, qui intègrent des professionnels hors du panier de soins habituel. L'étape suivante est de créer des parcours globaux en structurant des filières de prise en charge. Celles-ci sont souvent organisées autour d'un CHU, qui doit fédérer les acteurs de son territoire, y compris la médecine de ville. La structuration de la ville en Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) facilite ce dialogue.

L'exemple de l'insuffisance rénale est éloquent : des patients arrivent en dialyse par le biais d'un épisode hospitalier aigu, ce qui est un échec majeur de prévention et de diagnostic. Il est donc important également de décloisonner les financements. Au-delà du paiement à l'acte, nous devons valoriser la coordination, la prévention et la responsabilité des professionnels sur une patientèle territoriale.

**Yann-Gaël AMGHAR**

Notre système de santé a été conçu pour des épisodes de soins ponctuels. Les pathologies chroniques introduisent une rupture, car elles impliquent plusieurs modalités de traitement et des enjeux d'observance. De surcroît, de nombreux patients cumulent plusieurs pathologies chroniques, ce qui mobilise de multiples intervenants et nécessite un accompagnement.

La dynamique de l'article 51 vise précisément à financer un temps de coordination et à organiser la coopération autour du patient. Le dépistage est également un enjeu essentiel. Pour la maladie rénale chronique, beaucoup de découvertes sont encore tardives. Il convient par conséquent d'utiliser tous les contacts du patient avec le système de santé pour faciliter le dépistage, comme cela a été effectué pour le VIH avec le dépistage sans ordonnance, ou ce qui est mis en place pour la fonction rénale avec les biologistes.

**Raphaël LENOIR**

J'ai une dernière question à vous poser. Comment faire en sorte que l'ensemble des actions évoquées précédemment concilient soutenabilité financière du système de santé et prise en charge de qualité et sans renoncement aux soins ?

**Julie POUGHEON**

Un enjeu majeur pour la soutenabilité est la pertinence des soins. Nous devons financer uniquement les soins utiles. Un soin non pertinent est en premier lieu dangereux pour le patient, car tout acte comporte un risque. L'enjeu est également financier : dans un contexte contraint, chaque euro doit être alloué au bon soin, pour le bon patient, au bon moment.

Pour renforcer la pertinence des soins, nous devons sensibiliser et former les professionnels de santé, qui sont prescripteurs. Il est également nécessaire de sensibiliser les patients, comme l'a effectué l'Assurance Maladie avec ses campagnes. Il s'agit de préserver les moyens pour ceux qui en ont besoin, et non de culpabiliser les personnes.

Enfin, le dernier levier est d'inciter financièrement les professionnels et les structures à se soucier de la pertinence, soit par le partage des gains d'efficience, soit par des sanctions. Nous devons actionner plus fortement ce levier, car nous sommes tous responsables de la pérennité du système par notre comportement.

**Yann-Gaël AMGHAR**

À mon sens, le principal enjeu financier n'est pas tant les soins non pertinents que les soins qui auraient pu être évités ou délivrés dans un contexte moins coûteux. Je pense aux sollicitations des urgences pour des situations qui relèvent de la médecine de ville, ou aux complications qui rendent des soins nécessaires alors qu'elles étaient évitables.

C'est pourquoi la prévention secondaire et tertiaire constitue un enjeu d'efficience majeur. Il s'agit d'assurer un suivi et un accompagnement des patients pour éviter les hospitalisations aiguës. Des expérimentations de l'article 51 existent en cardiologie ou pour la maladie rénale chronique afin de ralentir la dégradation qui mène à la dialyse.

**Gérard RAYMOND**

Il apparaît important de revenir à un véritable protocole de soins engageant le patient, les professionnels de santé et les payeurs, et de mettre en place des indicateurs à moyen et long terme. L'évaluation de la pertinence de l'accompagnement doit inclure la satisfaction des patients. Demandez-nous si nous vivons mieux.

La transformation de notre système de santé passe par une transformation culturelle de tous les acteurs, y compris les patients. S'ensuivra une transformation du financement. Nous sommes tous d'accord sur ce point. Les pouvoirs publics doivent porter cette volonté de transformation. Dans la période de tension actuelle, nous sentons que la responsabilisation pèse surtout sur les patients. Néanmoins, il est essentiel que tous les acteurs du système soient responsabilisés.

**Clélia DELPECH**

Concernant l'enjeu financier, il convient de déconstruire l'approche cloisonnée et de financer autrement le système de santé. Le PLFSS de cette année contient des mesures allant dans le sens d'une responsabilisation de tous pour des soins plus pertinents, notamment par le biais d'une meilleure utilisation du Dossier Médical Partagé.

Nous avons la conviction partagée qu'il est nécessaire de sortir de la logique du financement à l'acte. Les expérimentations de l'article 51, comme les expérimentations Peps (Paiement en équipe de professionnels de santé) ou les parcours coordonnés renforcés, permettent de s'en éloigner. Pour un professionnel libéral, cette révolution demande un travail de conviction. Ces modèles reposent sur une enveloppe globale pour un patient, que l'équipe peut ensuite allouer selon les besoins (soutien psychologique, activité physique adaptée, etc.).

Nous devons inventer de nouvelles approches, mais dans un contexte de ressources humaines et budgétaires contraintes. Il apparaît donc indispensable de tester, d'évaluer rigoureusement l'efficience et le ressenti des usagers, et de ne généraliser que les éléments qui fonctionnent.

**Raphaël LENOIR**

La parole est à la salle.

**De la salle**

Vous parlez beaucoup de prévention, mais elle semble toujours conçue de manière descendante, sans impliquer les personnes concernées. De surcroît, la notion de parcours de soins pour les ALD ne tient pas compte des réalités territoriales comme les déserts médicaux ou les problèmes d'accessibilité. Enfin, la responsabilité est trop souvent reportée sur l'utilisateur, alors qu'elle devrait être portée par le système dans son ensemble. Nous ne pouvons pas avancer en demandant toujours davantage à l'utilisateur sans octroyer les moyens réels à la prévention, dont les budgets sont quasiment nuls.

### **Une représentante en CPAM**

Il est important d'agir à court terme. Tout ce que vous dites est beau sur le papier, mais sur le terrain, il ne se passe rien. Pour la prévention, encore faut-il trouver des médecins. Vous parlez d'humain, mais des structures qui prennent en charge cette dimension, comme La Villa Santé à Poitiers, existent déjà et ne sont pas financées durablement par la Sécurité sociale. Pourquoi ne pas généraliser ce qui fonctionne, au lieu de toujours parler de rentabilité ? L'an dernier, nous affirmions déjà la nécessité d'agir. Aucune action n'a été menée depuis lors.

### **Une Représentante en CGSS**

L'ARS et la CGSS financent des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Comment néanmoins les patients peuvent-ils se rendre aux ateliers collectifs avec le relief de l'île et les problèmes de transport sanitaire ? Des personnes veulent être actrices de leur santé, mais nous ne leur en donnons pas les moyens. La future réforme du financement de la MRC, repoussée à 2027, s'accompagne de restrictions budgétaires qui nous retirent les moyens de prévenir les complications.

### **Julie POUGHEON**

Sur la prévention, il est important d'utiliser tous les leviers, l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, mais également des actions « d'aller vers » pour toucher les publics qui ne viennent pas spontanément au soin. Le programme ICOPE, par exemple, vise à faire du patient vieillissant le premier acteur de la prévention de la perte d'autonomie.

Face aux problèmes de démographie médicale, nous devons travailler sur la collaboration entre professionnels, la délégation de tâches et les outils numériques. La télémédecine, si elle est bien accompagnée, peut toucher des patients éloignés et apporter le soin dans les EHPAD, qui en sont souvent le parent pauvre.

Concernant le financement, l'argent des ARS est celui de l'Assurance Maladie ; il est simplement géré au plus près des territoires pour concevoir des programmes adaptés. Enfin, l'ETP est essentielle pour que le patient devienne acteur de sa prise en charge. Elle peut être réalisée par d'autres professionnels que les médecins, comme les infirmiers.

### **De la salle**

Je ressens dans la salle un besoin de concret. Sur la maladie rénale chronique, les modèles envisagés donnent satisfaction, mais nous devons renforcer l'exigence de qualité et d'efficacité, y compris pour la prévention. Le forfait MRC actuel est sous-optimal. Il est nécessaire de consacrer des enveloppes à la prévention, notamment auprès des personnes précaires qui ont le moins accès à l'information, et d'utiliser de manière opportuniste tous les dépistages réalisés.

### **Une représentante en CPAM**

J'ai deux questions. La première d'entre elles concerne les CPTS. Il existe des interrogations sur leurs financements et leurs dépenses non médicales. Ma seconde question porte sur l'étude de *l'UFC-Que Choisir* de janvier 2023, qui militait pour une « Grande Sécu » avec une prise en charge à 100 % des soins essentiels. Pourquoi ce sujet n'est-il jamais abordé dans les débats publics ?

### **Julie POUGHEON**

Vous avez raison. Nous devons être plus exigeants sur la prise en charge de pathologies comme la maladie rénale chronique. Le forfait MRC a vocation à évoluer pour mieux s'intégrer dans un continuum de prise en charge et une responsabilité collective des offreurs de soins du territoire, au-delà de la simple séance de dialyse.

**Yann-Gaël AMGHAR**

Sur le sujet de la « Grande Sécu », le rapport du HCAAM de 2022 a suscité une levée de boucliers de la presque totalité des partenaires sociaux, syndicats comme patronat. Ces réactions ont, pour le moment, mis fin au débat.

**Clélia DELPECH**

Indépendamment de ce débat, les pouvoirs publics s'efforcent d'améliorer la prise en charge de certains soins. La réforme sur les fauteuils roulants est entrée en vigueur hier. Nous avons également agi sur les prothèses capillaires. Dans la limite de nos contraintes budgétaires, nous tentons d'améliorer la couverture des soins les plus essentiels ou les moins bien couverts, et d'inclure de nouvelles prestations dans le panier de soins.

**Gérard RAYMOND**

Pour conclure sur la réponse territoriale et collective, il est essentiel de réclamer davantage de transparence dans le fonctionnement et les missions des CPTS. Le président de leur fédération est ouvert à la possibilité de nous associer aux réflexions pour construire un projet médical et travailler en équipe. Nous avons un chemin à baliser. Nous devons accélérer nos travaux. Une feuille de route, des indicateurs, de la transparence et une participation citoyenne organisée au sein de ces structures apparaissent désormais indispensables. J'y vois les conditions de la réussite de la transformation de notre système de santé.

# L'Assurance Maladie vue par ses usagers engagés : vos retours pour mieux agir

*L'animation de ce sondage interactif est assurée par Alexine GELLER, UNAF, et Kevin TRAN FLORENTZ, FAS.*



## Alexine GELLER

Nous reprenons nos travaux pour cet après-midi. La matinée, qui portait sur les 80 ans de l'Assurance Maladie, a permis à Monsieur Fatôme de rappeler les défis actuels auxquels l'Assurance maladie est confrontée. Nous avons également abordé le rapport charges et produits, dont la construction est inédite cette année. Les contributions de nos trois associations à ce sujet se trouvent dans la pochette qui vous a été remise.

Les regards croisés sur l'évolution de la gouvernance ont montré que les associations et les usagers ont leur place, ce qui souligne l'importance de votre rôle au sein des caisses. La table ronde sur la prise en charge des maladies chroniques a quant à elle mis en lumière les limites actuelles, les enjeux de qualité et la place de la prévention dans les parcours.

Cet après-midi, nous nous concentrerons sur le service rendu aux usagers. L'Assurance Maladie se décrit comme ayant un réseau de proximité par le biais de ses caisses primaires et générale, qui assurent des missions telles que la politique d'action sanitaire et sociale ou la gestion des droits.

En cette année anniversaire, il faut constater que l'Assurance Maladie s'est modernisée dans le service rendu aux usagers, notamment avec des outils comme Mon Espace Santé et le compte Ameli, que nous aborderons dans une première table ronde. Parallèlement, elle conserve des missions historiques comme le versement de prestations en espèces, des échanges à ce sujet clôtureront la journée.

Auparavant, nous souhaitons vous faire participer à la première séquence de l'après-midi. En tant qu'assurés sociaux et représentants d'usagers ou associatifs, vous savez que le service rendu nécessite des évolutions. Vos retours nous permettront de nourrir notre plaidoyer national et de dégager des pistes d'action locales. Vous avez découvert dans votre pochette une page avec un QR code ; il est maintenant temps de l'utiliser. Je laisse Kevin Tran Florentz vous en dire davantage.

### Kevin TRAN FLORENTZ

Je suis chargé de projets mission Assurance Maladie chez France Assos Santé. Nous avons préparé un sondage interactif de cinq questions ouvertes, sans bonnes ou mauvaises réponses. Pour participer, vous pouvez scanner le QR code dans votre pochette ou à l'écran, ou vous rendre sur wooclap.com et entrer le code JNAM25.

Il y aura trois types de questions, un QCM où vous pourrez parfois sélectionner plusieurs réponses, une échelle de notation d'un à cinq, et enfin un nuage de mots où vous devrez écrire un terme directement sur votre smartphone. Si vous n'avez pas de réseau, le Wi-Fi de la salle est disponible.

Je vous propose de répondre à la première question.

*Question 1 : Attribuez 1 à 5 points à ces propositions concernant l'Assurance Maladie de la plus prioritaire (5 points) à la moins prioritaire (1 point)*

- *Rendre plus accessibles les soins (répartition territoriale et accès financier) (résultat : une moyenne de 4 points)*
- *Mieux accompagner les personnes les plus vulnérables (ALD, personnes en situation de handicap, etc.) (résultat : une moyenne de 3,8 points)*
- *Faire davantage de prévention (résultat : une moyenne de 3,3 points)*
- *Mieux rembourser les soins (résultat : une moyenne de 3,2 points)*
- *Mieux protéger contre la perte financière liée à la maladie, à un accident, à un accident du travail, etc. (résultat : une moyenne de 2,9 points)*

### Kevin TRAN FLORENTZ

Les résultats sont relativement proches. La proposition jugée la plus prioritaire, avec un score de 4,0, est de rendre les soins plus accessibles, tant sur le plan territorial que financier. En deuxième position, on trouve le meilleur accompagnement des personnes les plus vulnérables. Suivent ensuite le renforcement de la prévention, puis de très peu le meilleur remboursement des soins. La cinquième proposition est de mieux protéger contre la perte financière liée à la maladie ou à un accident.

Sur les deux premières propositions, il est à noter que 48 % des répondants ont attribué la note maximale de 5 à l'accessibilité des soins, et 37 % à l'accompagnement des personnes vulnérables.

*Question 2 : Notez, sur une échelle de 1 à 5, le niveau d'efficacité de ces modalités de contact et d'accompagnement de l'Assurance Maladie (1 : pas efficace / 5 : très efficace)*

- *Compte ameli.fr (résultat : une note moyenne de 3,6 points)*
- *Accueil physique (résultat : une note moyenne de 3,2 points)*
- *Téléphone (résultat : une note moyenne de 2,9 points)*
- *Chatbot (ameliBot) (résultat : une note moyenne de 1,8 point)*

### Kevin TRAN FLORENTZ

Vous jugez que la modalité de contact la plus efficace est le compte Ameli, suivi de l'accueil physique, puis du téléphone, et enfin du chatbot. Ce dernier résultat est peut-être dû à une certaine méconnaissance de l'outil. Le score favorable du compte Ameli montre que les outils numériques paraissent satisfaisants. Si nous examinons les moyennes, le chatbot obtient un score relativement faible de 1,8. Vous êtes 67 % à lui avoir attribué une ou deux étoiles. Les scores sont plus partagés concernant l'accueil physique.

### Féreuze AZIZA

Il est intéressant de noter que les bilans des enquêtes de satisfaction que nous recevons, au niveau national comme dans les caisses, affichent des résultats extraordinaires, avec près de 98 % de satisfaction. Nous nous interrogeons souvent sur cette distorsion entre les résultats officiels et les remontées de terrain que vous nous adressez au quotidien.



**Alexine GELLER**

Le mot « Solidarité » ressort majoritairement, suivi par « remboursement », « compliqué », « complexe » et « accompagnement ». Vous terminez sur une note positive.

**Kevin TRAN FLORENTZ**

Les mots « utile », « protection », « remboursement », « compliqué » et « complexe » reviennent également, mais c'est bien « solidarité » qui a été le plus cité.

**Alexine GELLER**

Globalement, malgré les difficultés, nous croyons encore à cette Assurance Maladie et il faut continuer à se battre pour elle. Nous retenons tout de même que certaines modalités de contact sont jugées moins efficaces que d'autres.

**Kevin TRAN FLORENTZ**

Nous ne pouvons pas voir les pourcentages détaillés, mais nous pourrions peut-être extraire ces données ultérieurement.

**Féreuze AZIZA**

Les mots qui ressortent sont « solidarité » et « remboursement », mais également « compliqué » et « complexe ». J'ai vu également « protection ». L'idée était de lister les thèmes principaux. Des sujets comme l'accessibilité pour tous sont importants, comme l'ont montré les questions précédentes.

Je crois que chacun d'entre nous tient à l'Assurance Maladie. Je le dis notamment en présence de la CNAM. Il ne faudrait pas qu'elle pense que nous lui sommes hostiles, au contraire. Il est important pour nous de montrer la réalité du terrain. Nous sommes ici face à un public d'utilisateurs engagés, qui portent non seulement leur propre retour d'expérience, mais également celui des autres utilisateurs qu'ils représentent. Il est essentiel que ces difficultés soient prises en compte et que nous les fassions remonter pour améliorer le système et éviter qu'il ne s'éloigne du public.

# Prévention et qualité des soins, quels leviers numériques pour l'Assurance Maladie ?



**Annika DINIS**

*Directrice opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé, CNAM*

**D<sup>r</sup> Jérémie GOUDOUR**

*Président d'Omedys, organisation territoriale de télémédecine*

**Wannes VAN HOOFF**

*Responsable du service « Enjeux éthiques, juridiques et sociaux » de Sciensano (l'institut de santé publique belge)*

*L'animation de cette table ronde est assurée par Arthur DAUPHIN, FAS.*

## **Arthur DAUPHIN**

Notre table ronde s'inscrit dans le prolongement de la discussion sur les services de l'Assurance Maladie. Nous avons vu que le numérique n'était pas toujours synonyme de proximité et pouvait être vécu comme un éloignement, alors que les territoires subissent déjà cet éloignement.

Il y a quatre ans, notre journée nationale, organisée par France Assos Santé, la FNATH et l'UNAF, était dédiée à l'arrivée de Mon Espace Santé. Quatre ans plus tard, nous établissons un bilan qui fera écho aux discussions de ce matin sur les parcours des patients chroniques. Face à l'augmentation du nombre de personnes polyopathologiques et à la complexité croissante des parcours de santé, les outils numériques peuvent constituer des leviers. Annika, je vous laisse la parole.

## **Annika DINIS**

Je suis ravie d'être avec vous, car vous êtes les utilisateurs de Mon Espace Santé. Comme Arthur Dauphin l'indiquait, le service existe depuis bientôt 4 ans, mais son histoire a débuté avant avec le Dossier Médical Partagé (DMP), lancé en 2005. Le DMP n'a pas rencontré son public, ni du côté des professionnels de santé ni des usagers, souffrant du syndrome du « DMP vide ».

Avec la feuille de route du numérique en santé de 2019, nous sommes passés à une logique d'opt-out : au lieu d'activer volontairement son espace, une personne qui ne souhaite pas en disposer doit s'y opposer ; dans le cas contraire, il est créé automatiquement. Cette mesure a tout changé. Après une expérimentation en 2020, la généralisation a eu lieu en 2021. Le chemin parcouru en quatre ans est une fierté, même si tout n'est pas parfait.

Mon Espace Santé intègre le dossier médical, qui reprend la base technique du DMP, une messagerie sécurisée, qui peine encore à trouver son public face aux messageries classiques, et un agenda qui regroupe les rappels de vaccination et de dépistage. Nous y ajoutons progressivement des conseils de prévention. Le catalogue de services, partie la plus innovante, peine davantage à démarrer, mais une première application y est désormais connectée.

Notre objectif est d'améliorer la personnalisation, notamment pour la prévention, en enrichissant les données de Mon Espace Santé. Actuellement, les messages de prévention sont basés sur l'âge et le sexe. Demain, nous voulons utiliser des informations comme les facteurs de risque ou les résultats de biologie pour proposer des conseils plus adaptés à la situation de chaque personne.

Plusieurs thématiques de prévention sont déjà en cours, comme la vaccination, avec des rappels dans l'agenda. Nous mettons également à disposition une bibliothèque d'articles sur le dépistage, le tabac ou le diabète. Le carnet de santé de l'enfant est un autre chantier majeur : nous y intégrons progressivement les conseils et examens obligatoires, avec l'objectif à terme d'en faire un carnet numérique complet qui suivra l'individu tout au long de sa vie.

Une illustration de cette personnalisation est le « parcours grossesse », lancé en juin dernier. La future maman saisit sa date de grossesse, ce qui déclenche un parcours spécifique avec un suivi des examens à réaliser et des articles recommandés. 50 000 femmes ont déjà utilisé cette fonctionnalité.

Un autre exemple concerne le catalogue de services. La première solution référencée qui échange des données avec Mon Espace Santé est Libreview, de la société Abbott. Avec l'accord explicite du patient, l'application peut envoyer tous les 14 jours le taux de glucose interstitiel et des rapports de gestion du glucose dans Mon Espace Santé. Pour le moment, nous en sommes au tout début, avec environ 860 personnes ayant synchronisé l'application. Ces rapports sont ensuite accessibles dans le DMP, par exemple pour le médecin traitant.

## **Arthur DAUPHIN**

Merci beaucoup pour cette présentation. Nous enchaînons, en prévoyant un temps d'échange conséquent après les interventions. Après avoir examiné les outils concrets proposés par l'Assurance Maladie, nous abordons l'organisation de la santé. La CNAM vient de clôturer ses assises nationales de la télémédecine, auxquelles plus de 35 de nos représentants ont participé. La question se pose : comment le numérique peut-il aider à l'accès aux soins et réinjecter une dimension humaine, ce qui peut sembler paradoxal ? J'ai le plaisir de donner la parole au D<sup>r</sup> Jérémie Goudour, pour qu'il détaille ses actions sur son territoire, notamment dans l'Aube.

## **D<sup>r</sup> Jérémie GOUDOUR**

Je suis praticien hospitalier à l'origine, et désormais médecin généraliste libéral dans le Grand Est, porteur d'une Organisation Territoriale de Télémédecine (OTT). Ce label, issu du

Code de la santé publique et du cadre conventionnel, vise à garantir une pratique de la télémédecine rigoureuse, performante et non commerciale.

L'OTT a pour objet de créer un accès aux soins pour les patients des territoires en difficulté, c'est-à-dire les zones classées par les ARS comme zones d'intervention prioritaire ou d'action complémentaire. Malheureusement, ces zones sont très nombreuses en France.

Notre organisation s'adresse aux patients les plus vulnérables, que ce soit sur le plan social ou sur le plan clinique. La vulnérabilité sociale inclut le fait d'habiter dans un désert médical, mais également d'être éloigné du numérique. Le numérique en santé doit être accessible à tous. La vulnérabilité clinique concerne les patients fragilisés par l'âge, un handicap ou des maladies chroniques.

Notre modèle repose sur plusieurs piliers. En premier lieu, nous mobilisons le temps médical disponible. Nous avons créé un cabinet médical enregistré à l'Ordre, dont la particularité est de prendre en charge les patients sans médecin traitant ou ceux dont le délai d'accès au médecin traitant est trop long en utilisant la télémédecine, où des médecins généralistes volontaires (jeunes, médecins installés en zones urbaines, salariés à temps partiel, jeunes retraités) viennent exercer quelques heures par semaine. Ce cabinet centralise les disponibilités médicales du territoire, dans un esprit de solidarité avec les territoires en sous densité médicale.

En outre, nous ne réalisons pas de simples téléconsultations par smartphone, qui s'adressent surtout à des patients jeunes et urbains. Nous pratiquons la téléconsultation assistée et augmentée : le patient est toujours accompagné physiquement par un professionnel de santé de son village, comme son infirmière ou son pharmacien. Nous utilisons également des dispositifs connectés pour l'examen à distance.

Le troisième pilier a trait au fait que nous maillons le territoire d'un réseau de salles de téléconsultation (cabinets infirmiers, maisons de santé, pharmacies). Nous nous rendons directement au domicile des patients non mobilisables ou dans leur EHPAD, en bénéficiant des tournées de soins infirmiers.

Des médecins du territoire prennent en charge des patients du territoire, car la maîtrise de l'environnement et des filières de soins locales est essentielle pour les patients fragiles. Ce modèle, né dans le Grand Est, se réplique dans plusieurs régions, toujours sous l'impulsion des professionnels de santé locaux comme les CPTS. Le patient ne subit aucune avance de frais, car nous pratiquons le tiers payant intégral.

La satisfaction est très élevée (4,7/5), principalement parce que nous maintenons un lien physique grâce au professionnel de santé accompagnant, ce qui met le patient en confiance. Notre modèle va chercher les patients habituellement oubliés par les dispositifs innovants : le patient âgé, rural, fragile, peu mobile et non technophile.

### **Arthur DAUPHIN**

Merci beaucoup. Cette présentation illustre concrètement la manière dont le numérique peut être utilisé pour répondre aux défis de notre système de santé, avec une approche territoriale et de parcours. Nous essayons de promouvoir ce modèle.

Examinons à présent le sujet de manière prospective. Je donne la parole à Wannes Van Hoof de Sciensano pour qu'il nous éclaire sur les enjeux éthiques et sociétaux que soulève l'utilisation de ces données pour la prévention, à l'ère de l'intelligence artificielle.

### **Wannes VAN HOOFF**

Je constate que la France est en avance sur la Belgique, où des dispositifs comme Mon Espace Santé ou le dossier médical partagé ne sont pas disponibles. En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé a étudié l'utilisation de la médecine génomique à des fins de prévention. L'idée serait de réaliser une analyse génomique à la naissance pour créer un

« passeport génétique » qui accompagnerait l'individu toute sa vie. Ce passeport permettrait d'optimiser les choix de médicaments, d'anticiper les effets secondaires ou d'adapter les stratégies de dépistage en fonction des risques génétiques individuels, par exemple concernant certains cancers ou l'asthme.

La promesse est immense : des décisions de santé personnalisées et parfaites, une réduction des coûts pour l'assurance maladie grâce à une meilleure prévention, et des individus mieux informés. Cependant, cette vision optimiste suppose que chacun a la capacité et les moyens d'agir sur la base de ces informations. Or savoir qu'il faut déménager pour un air de meilleure qualité ou arrêter de fumer ne signifie pas que la personne concernée puisse ou veuille agir dans ce sens.

Cette approche génère une tension entre une forme de paternalisme sanitaire, qui nous pousse à prendre les « bonnes » décisions, et notre autonomie individuelle. L'enjeu central est éthique : traiter les personnes différemment sur la base de leur génome s'apparente à de la discrimination. Pour le bien-être de la personne, nous pouvons parler de stratification, mais la frontière est mince. Qui décidera des usages de ces données, des algorithmes employés et des normes sociétales sous-jacentes ?

Face au numérique et à l'intelligence artificielle, nous devons nous assurer de préserver notre modèle de solidarité. Il est essentiel d'éviter toute dérive vers la culpabilisation et la responsabilisation unique de l'individu qui ne parviendrait pas à rester en bonne santé. Les associations de patients, comme France Assos Santé, ont un rôle crucial à assumer dans le développement de Mon Espace Santé et du *Health Data Hub*. Elles doivent participer à la définition des indicateurs que nous choisissons de mesurer : irons-nous au-delà des jours d'absence au travail pour inclure le bien-être et la santé mentale ? Il nous appartient de décider collectivement de l'influence que nous laissons à l'IA et à la médecine personnalisée sur nos vies.

### **Arthur DAUPHIN**

Les leviers numériques sont des outils sur lesquels l'Assurance Maladie pourra continuer de capitaliser. Le modèle français, avec la position particulière de l'Assurance Maladie, offre des garanties pour que les données générées par le numérique soient utilisées conformément aux valeurs éthiques, humanistes et solidaires de notre système de santé. Je vous cède à présent la parole pour vos questions et réactions.

### **Un Représentant en CPAM**

J'ai une question concernant l'accès à Mon Espace Santé. Vous avez indiqué que l'Assurance Maladie ne pouvait pas y accéder. En Corse, où les taux de dépistage sont très faibles, la compétence du dépistage du cancer a été transférée à la CPAM. Comment la CPAM peut-elle cibler les patients à dépister si elle n'a pas accès à ces données ?

### **Annika DINIS**

Il existe deux niveaux de données. L'interdiction pour l'Assurance Maladie d'accéder aux données médicales contenues dans Mon Espace Santé a été décidée par le législateur, principalement pour rassurer la population quant à un usage qui pourrait mener à des remboursements.

En revanche, l'Assurance Maladie dispose légitimement des données de remboursement, qui incluent les pathologies en cas d'Affection de Longue Durée (ALD). Ces informations, présentes dans le SNIIRAM-SNDS, sont suffisantes pour cibler les populations et les inciter à participer aux dépistages organisés des cancers, comme c'est le cas actuellement. Nous n'avons pas accès aux résultats de laboratoire ou aux comptes rendus d'hospitalisation, qui relèvent strictement de Mon Espace Santé. Permettre cet accès à l'Assurance Maladie aurait probablement suscité beaucoup plus d'oppositions au dispositif.

**De la salle**

Comment sont rémunérés les professionnels de santé qui assistent les patients lors des interventions en télémedecine ?

**D<sup>r</sup> Jérémie GOUDOUR**

La rémunération des professionnels de santé est définie dans un cadre conventionnel. Les infirmiers libéraux, par exemple, peuvent facturer un acte spécifique à l'Assurance Maladie pour l'accompagnement d'un patient lors d'une téléconsultation. La viabilité médico-économique de ce dispositif dépend de sa cible. Il est pertinent s'il permet de prendre en charge des patients qui, sans cette initiative, n'auraient pas eu accès aux soins et dont l'état se serait aggravé, menant à une hospitalisation. Dans ce cas, le dispositif permet de réaliser des économies.

Chaque profession de santé dispose de sa propre convention, qui est renégociée périodiquement. Une téléconsultation assistée par un infirmier coûte à l'Assurance Maladie 37 euros au total : 25 euros pour le médecin et 12 euros pour l'infirmier. Le coût n'est donc pas majoré de manière excessive.

**Une représentante en CPAM**

En tant qu'élue, je n'ai jamais entendu parler du dispositif.

**D<sup>r</sup> Jérémie GOUDOUR**

Je l'ai pourtant présenté à votre conseil à plusieurs reprises, notamment en 2018,

**Une représentante en CPAM**

En tant qu'usagère, j'ai reçu un document de ma mairie concernant ce dispositif disponible dans une pharmacie proche de chez moi. Je constate cependant un manque de communication. Je me chargerai de transmettre l'information aux autres conseillers de la CPAM de l'Aube.

**Arthur DAUPHIN**

Je poserai la question au conseil de la CPAM pour savoir si elle est partenaire ou soutient des organisations de télémedecine.

**De la salle**

J'ai une question concernant les analyses génomiques. Avez-vous connaissance des travaux de la fondation 101 Génomes, créée par Ludivine et Romain Alderweireldt-Verboogen ?

**Wannes VAN HOOF**

Oui. Nous collaborons. Leur travail est remarquable. La différence fondamentale réside dans l'objectif. Leur projet a un but très spécifique, par exemple la recherche sur le syndrome de Marfan. Notre démarche, similaire à celle de Mon Espace Santé, vise à utiliser les données génomiques pour des finalités qui ne sont pas encore toutes définies. Cela rend la démarche plus complexe sur le plan éthique, car de nouveaux enjeux apparaissent constamment avec les innovations. Il existe un impératif technologique qui nous pousse à agir, mais il est essentiel de répondre aux questions sociétales en amont. Le succès du projet de la fondation 101 Génomes tient à son objectif précis. Nous souhaitons ouvrir la génomique à tous, mais dans un cadre éthique défini.

**De la salle**

Ne pouvez-vous pas travailler ensemble ?

**Wannes VAN HOOF**

Nous le souhaitons, mais la méfiance de nos partenaires est légitime. Ils ne peuvent nous confier des génomes collectés dans un but précis sans que nous ayons d'abord résolu les questions éthiques et légales liées à un usage plus large de ces données.



# Prestations en espèces : comment adapter un modèle figé aux vulnérabilités d'aujourd'hui et de demain ?



## Féreuze AZIZA

*Conseillère nationale mission Assurance Maladie, France Assos Santé*

Nous abordons à présent la question des prestations en espèces, un sujet dont les politiques et les associations parlent beaucoup en raison de l'augmentation des dépenses de santé liées aux indemnités journalières (IJ) maladie. Nous souhaitons montrer que le modèle actuel est peut-être figé et inadapté, mais nos propositions diffèrent de celles des politiques.

Pour commencer par le régime des IJ maladie, je rappelle que nous avons publié un livret sur l'inadaptation de ces régimes, basé sur des situations réelles remontées par les associations et notre ligne Santé Info Droits. Un second volet est en préparation. Je citerai trois problématiques majeures.

Il s'agit, en premier lieu, de l'absence de droit aux IJ pour les personnes travaillant à temps très partiel, notamment moins de 16 heures par semaine, alors même qu'elles cotisent. Cette situation pénalise des personnes malades ou en situation de handicap qui font l'effort de travailler.

En outre, le montant des IJ est limité à 50 % du salaire journalier de base. Chacun ne bénéficie pas de compléments de l'employeur ou d'une prévoyance, ce qui suscite des inégalités, notamment pour les personnes ayant moins d'un an d'ancienneté ou en contrat précaire.

Le troisième sujet nous tient particulièrement à cœur : la situation des personnes en affection de longue durée (ALD). Le régime ALD offre une période de droits fixe de trois ans, ce qui est favorable pour des arrêts longs et continus, mais pénalise les personnes ayant des arrêts courts qui peuvent se retrouver en fin de droits prématurément. Pour avoir des données, nous avons mené une requête sur le Système National des Données de Santé (base principale) via la Plateforme des données de santé, dite aussi Health Data Hub. Nous avons analysé des périodes de quatre ans, pour être cohérent avec la période de droits IJ ALD de trois ans avec une prolongation possible d'un an si moins de 360 IJ ont été consommées. Nous avons étudié trois périodes (avant, pendant et après la Covid-19) et nous nous sommes concentrés sur trois populations : l'ensemble des ALD, puis spécifiquement le cancer, le diabète et la mucoviscidose. Notre objectif était de quantifier le nombre de personnes ayant eu moins de 360 IJ sur une période de 4 ans et qui pourraient donc potentiellement se retrouver désavantagées par rapport à des personnes qui ne sont pas en ALD, qui peuvent, elles, bénéficier de 360 IJ par période de 3 ans glissants. Ce travail ne permet néanmoins pas de suivre des parcours individuels, il n'y a donc pas de possibilité de voir les périodes de droits réelles des individus, il se peut, par exemple, que dans cette période de 4 ans, des personnes redémarrent une période de droits après 1 an de reprise de travail sans arrêt ( ce qui permet la réactivation d'une nouvelle période de droits IJ ALD.

Les premiers résultats montrent une augmentation du nombre de personnes en ALD ayant eu au moins un arrêt de travail, liée notamment à l'augmentation générale du nombre de patients en ALD. Sur la période 2021-2024, environ 11,7 % des personnes en ALD ont consommé moins de 361 jours d'IJ sur quatre ans. Globalement, 60 % des personnes en ALD qui ont eu des indemnités journalières ALD ont moins de 360 jours d'arrêt sur quatre ans, contre 40 % qui en ont davantage. Ce chiffre montre que le besoin d'arrêts longs est réel pour une part importante de cette population, mais qu'une part encore plus importante pourrait être potentiellement concernée par les limitations de droits à 4 ans, malgré moins de 361 IJ consommées, et donc se retrouver privée de droits IJ prématurément.

La situation varie fortement selon la pathologie. Pour le cancer, la tendance s'inverse avec une majorité de personnes ayant plus de 360 jours d'arrêt. Pour le diabète et la mucoviscidose, l'inverse prévaut : 65 % et 78 % des personnes ont respectivement moins de 361 jours d'arrêt. Pour ceux qui ont des arrêts longs, la durée moyenne est significative, atteignant 600 jours pour le cancer, ce qui justifie la nécessité d'un dispositif pour les arrêts de longue durée. De son côté, l'entrée en invalidité des personnes en ALD concerne dans 46,6% des cas des patients qui avaient eu recours à des IJ ALD sur les 4 ans précédents. Ces patients avaient majoritairement eu des arrêts longs (plus de 360 jours en moyenne), mais 26,3 % des personnes y entrent avec moins de 361 jours d'arrêt, ce qui pourrait s'expliquer, selon les cas, par différentes hypothèses :soit une consolidation justifiant une mise en invalidité, soit une orientation subie faute de droits aux IJ, etc..

Historiquement, une circulaire de 1958 permettait de prolonger les droits au-delà de trois ans si moins de 360 jours avaient été pris. Cette circulaire a été abrogée, puis partiellement rétablie en 2015, mais avec une limite de prolongation d'un an maximum. De surcroît, pour rouvrir une période de droits, une période d'un an continu sans aucun arrêt lié à l'ALD est nécessaire. Il s'agit d'une contrainte rigide et irréaliste pour de nombreuses personnes. Notre requête, même si elle ne peut démontrer cette réalité, faute de suivi de parcours individuel, montre néanmoins que sur des périodes équivalent à la période de droit maximale des IJ ALD, de nombreuses personnes bénéficient de moins de 361 IJ. Des éléments qui nous poussent à demander que la CNAM et la DSS analysent les parcours individuels afin d'avoir des données probantes, et nous proposons en attendant d'assouplir ces règles, notamment en supprimant la limitation à un an pour la prolongation de droits au-delà des 3 ans si les assurés ont bénéficié de moins de 360 IJ, et également en permettant que la période d'un

an de reprise de travail pour la réouverture des droits, puisse être discontinu (reporter donc juste le nombre de jours d'arrêts pris de la date de réouverture).



### *Karim FELISSI*

*Membre du Conseil de la CNAM pour la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)*

Je me propose d'évoquer les vulnérabilités menaçant les prestations en espèces, qui sont pourtant l'essence même de la Sécurité sociale. L'idée fondatrice, comme l'illustre le roman *L'Assommoir* de Zola, est d'assurer une sécurité à la personne qui ne peut plus subvenir à ses besoins par son travail à cause de la maladie ou d'un accident. Aujourd'hui, ce système fonctionne-t-il encore ? La réponse est non. Selon la DREES, une pension d'invalidité moyenne est de 830 euros, sous le seuil de pauvreté. De même, une étude récente montre que les rentes d'accident du travail sont souvent insuffisantes ; les personnes dépendent de l'assurance chômage ou de l'aide sociale.

Le premier défi est démographique, lié au vieillissement et au recul de l'âge de la retraite. Les personnes usées par le travail, ne pouvant atteindre le nouvel âge de la retraite, se retrouveront en arrêt maladie de longue durée ou en invalidité. Cette situation augmentera les dépenses de prestations en espèces et fabriquera davantage de pauvres, avec des pensions d'invalidité dérisoires. Elle creusera également les inégalités entre les cadres couverts par une prévoyance et les travailleurs précaires sans protection complémentaire.

Le deuxième défi concerne la dégradation des conditions de travail. L'externalisation, notamment dans le nettoyage, crée des emplois précaires, à temps partiel, avec des conditions de travail qui génèrent des maladies et des accidents. Ces salariés n'ont souvent pas de prévoyance et parfois pas même droit aux IJ. De même, l'ubérisation du travail, qui concerne 600 000 personnes, un chiffre qui a triplé depuis 2017, crée une situation ambiguë. Le gouvernement français s'est opposé à une directive européenne visant à les salarier et envisage un statut hybride avec une protection sociale au rabais.

Le troisième point est l'érosion des principes fondateurs de la Sécurité sociale, notamment celui de « cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins ». La Direction de la Sécurité sociale a porté atteinte à ce principe à deux reprises. En premier lieu, la réforme de 2022 sur le cumul de la pension d'invalidité et d'un revenu d'activité exclut les revenus les plus élevés au motif que « la Sécurité sociale n'est pas faite pour aider les plus

riches ». Ensuite, la Direction de la Sécurité sociale a abaissé le plafond de calcul des IJ de 1,8 à 1,4 SMIC, avec la même justification. Ce discours est dangereux car il transforme la Sécurité sociale en un système pour les pauvres. À terme, les plus riches refuseront de cotiser pour un système qui les exclut, ce qui détruira le consentement à la cotisation et les poussera vers les assurances privées.

En résumé, les défis sont le recul de l'âge de la retraite qui augmentera le nombre de travailleurs usés en arrêt long ou en invalidité, l'atteinte aux principes de la Sécurité sociale par l'État lui-même, et la dégradation des conditions de travail qui fait que les plus exposés aux risques sont les moins bien protégés.

### **Férouze AZIZA**

La parole est à la salle.

### **Un représentant en CPAM**

Concernant l'impact de la réforme des retraites, je voudrais préciser que la pension d'invalidité cesse automatiquement à 62 ans, sauf si la personne exerce une activité professionnelle. Le problème pour ces personnes sera surtout le montant de leur retraite, qui subira un abattement car elles n'auront pas le nombre de trimestres requis. Le calcul sur la base des 25 meilleures années sera une catastrophe pour elles.

### **Karim FELLISI**

Nous tenons le même discours.

### **Férouze AZIZA**

L'âge de bascule de l'invalidité à la retraite est de 62 ans aujourd'hui, mais si l'âge légal de la retraite augmente, cet âge de bascule pourrait également être repoussé ?

### **Karim FELLISI**

Le vrai sujet n'est pas la prévoyance complémentaire. Y recourir signifie que nous avons renoncé à faire augmenter les droits versés par la Sécurité sociale elle-même. Le combat à mener est d'augmenter les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail pour que les individus soient d'abord protégés par notre système universel, avant de devoir se tourner vers le privé.

### **Un représentant en CPAM**

Après avoir obtenu que les mutuelles santé deviennent obligatoires en entreprise, le prochain combat est de contraindre chaque entreprise à mettre en place un socle minimal de prévoyance. Il permettrait de réduire les inégalités entre ceux pour qui un arrêt est neutre financièrement et ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture. De son côté, France Assos Santé a défendu l'idée d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale, ce qui implique d'augmenter toutes ces prestations.

### **Férouze AZIZA**

Concernant la prévoyance, nous devons également prendre en compte le sujet des travailleurs indépendants, notamment ceux qui rencontrent une difficulté de santé et qui se voient refuser l'accès à toute couverture. Nous devons trouver des solutions pour garantir cet accès, peut-être en s'inspirant de la convention AERAS pour l'emprunt immobilier.

### **De la salle**

Une autre initiative serait de modifier le calcul de la retraite. Au lieu des 25 meilleures années, la Sécurité sociale pourrait n'en retenir que 10, par exemple, en excluant les années d'invalidité ou d'arrêt maladie. Une telle mesure permettrait d'obtenir une retraite plus

correcte qui se substituerait à une prévoyance privée dont chacun ne bénéficie pas nécessairement.

**Karim FELLISI**

Vous avez raison. Ce sont des solutions envisageables. La difficulté fondamentale est que le sujet des prestations en espèces est devenu inaudible, écrasé par le poids des dépenses de santé. Il ne revient à l'ordre du jour que lors de crises sociales comme celle des Gilets jaunes, où nous avons constaté une forte proportion de personnes en invalidité, en accident du travail ou percevant l'AAH, qui venaient crier leur pauvreté. Lorsque nous avons, avec France Assos Santé et l'UNAF, posé à la Caisse la question simple de savoir si les prestations actuelles permettent de vivre au-dessus du seuil de pauvreté, nous n'avons jamais obtenu de réponse. Cette question est volontairement ignorée.

**De la salle**

Toutes les personnes qui travaillent dans les caisses le savent, au regard des dossiers qu'elles ont à traiter.

**Karim FELLISI**

Nous sommes d'accord. En revanche, de son côté, la Sécurité sociale ne veut pas entendre parler de ce sujet. Nous devons agir.

## Conclusion de la journée

---

### **Féreuze AZIZA**

La journée a été dense. Merci beaucoup à toutes et à tous pour votre participation. Vous aurez accès à la présentation sur l'extranet. Je vous invite, avant de partir, à signer le livre d'or.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)





### Contacts utiles

**Féruze Aziza** : [faziza@france-assos-sante.org](mailto:faziza@france-assos-sante.org)

**Kevin Tran Florentz** : [ktranflorentz@france-assos-sante.org](mailto:ktranflorentz@france-assos-sante.org)

