



# SYNTHÈSE DE LA CONTRIBUTION

annexée au rapport  
Charges et produits 2027



## **Contribution de France Assos Santé**

### **Rapport Charges et Produits 2027**

Le Rapport Charges et Produits 2027 de la CNAM, élaboré avec la contribution du Conseil, apporte cette année encore des analyses riches et documentées sur les défis auxquels notre système de santé est confronté. Dans un contexte marqué par une dégradation durable des comptes sociaux, il met utilement en évidence la nécessité d'engager des transformations structurelles plutôt que de rechercher des économies ponctuelles.

France Assos Santé partage les orientations proposées, fondées sur des leviers structurels tels que la prévention, l'amélioration des parcours de soins, la pertinence des prises en charge, l'engagement des patients et la prise en compte des spécificités des DROM.

La soutenabilité ne peut être appréhendée sous le seul angle de la maîtrise des dépenses. Elle doit aussi garantir un haut niveau de protection, réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer la qualité de vie des personnes malades. Si le rapport dresse des constats riches, ses propositions apparaissent néanmoins parfois en retrait. Nous regrettons également l'absence de mesures sur les restes à charge, et notamment sur les dépassements d'honoraires, malgré les travaux récents du HCAAM soulignant l'urgence d'agir.

#### **Prévention**

France Assos Santé partage pleinement l'ambition du rapport de renforcer la prévention, qui constitue le principal levier d'amélioration durable de l'état de santé de la population comme de soutenabilité du système. Nous saluons notamment les propositions visant à rendre le Nutri-Score obligatoire et à développer une information claire sur le caractère ultra-transformé des aliments. Les données scientifiques disponibles démontrent l'efficacité du Nutri-Score pour orienter les choix alimentaires vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle. Dans un contexte où ce dispositif fait l'objet de nombreuses remises en cause, son soutien apparaît indispensable.

Nous regrettons en revanche l'absence d'ambition sur la consommation d'alcool, qui demeure le deuxième facteur de mortalité évitable en France après le tabac. Responsable d'environ 41 000 décès chaque année, l'alcool représente également un coût social estimé à près de 120 milliards d'euros par an. Les interventions les plus efficaces sont pourtant aujourd'hui bien documentées. L'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool en Écosse a ainsi permis une diminution significative des décès et des hospitalisations attribuables à l'alcool, avec un bénéfice

particulièrement marqué pour les populations les plus défavorisées. Dans ce contexte, l'absence de propositions de la CNAM sur ce sujet apparaît difficilement compréhensible.

Plus largement, une politique de prévention ambitieuse ne peut reposer principalement sur l'information et la responsabilisation individuelle. Les comportements de santé sont largement déterminés par les environnements dans lesquels vivent les personnes : offre alimentaire, stratégies marketing, publicité, environnement numérique, conditions de travail, logement ou encore niveau de revenus. Une politique efficace doit donc agir simultanément sur ces déterminants commerciaux, environnementaux et sociaux de la santé.

Enfin, les politiques de prévention gagneraient à être davantage évaluées du point de vue des usagers. Au-delà des indicateurs d'activité, leur impact devrait être apprécié à travers l'évolution des comportements, la réduction des inégalités sociales de santé, l'amélioration de la qualité de vie et le recours effectif aux dispositifs proposés.

### **Engagement des patients**

France Assos Santé salue la création d'un chapitre spécifiquement consacré à l'engagement des patients. Cette évolution traduit une prise de conscience bienvenue : la qualité et l'efficacité du système de santé reposent également sur la capacité des personnes à être pleinement actrices de leur parcours de soins.

Les propositions relatives au développement des PREMs et des PROMs constituent une avancée positive. Elles permettront de mieux intégrer l'expérience vécue et les résultats rapportés par les patients dans l'évaluation des prises en charge. Toutefois, ces outils ne sauraient constituer une finalité en eux-mêmes. Leur collecte n'a de sens que si elle conduit effectivement à faire évoluer les pratiques professionnelles, les organisations de soins, les modalités de financement et l'évaluation de la qualité.

Nous nous interrogeons par ailleurs sur le recours au Dossier Médical Partagé comme principal support de recueil des PROMs. L'expérience des bilans de prévention montre que les usagers s'approprient volontiers les auto-questionnaires proposés, mais que ceux-ci débouchent encore trop rarement sur un échange avec un professionnel. Sans implication des équipes soignantes et sans intégration dans les parcours de soins, cette modalité risque de susciter des attentes déçues.

L'engagement des patients suppose également que les personnes puissent disposer d'une information accessible, fiable et adaptée pour participer aux décisions qui les concernent. La décision médicale partagée doit devenir un objectif explicite des organisations de soins. Cela implique de donner du temps aux échanges entre professionnels et patients, de développer les outils d'aide à la décision et de reconnaître pleinement l'expertise acquise par les personnes vivant avec une maladie chronique. L'engagement des patients ne se décrète pas ; il repose sur une relation de confiance et sur la capacité des organisations à intégrer la parole des usagers dans leur fonctionnement quotidien.

Plus largement, l'engagement des patients suppose de renforcer la démocratie en santé à tous les niveaux. Les représentants des usagers, les associations agréées et les patients partenaires répondent à des missions complémentaires qui doivent être reconnues et soutenues. Les premiers portent une parole collective et défendent les droits des usagers. Leur participation aux instances, aux démarches qualité et à l'évaluation des politiques publiques ne doit pas être considérée comme une simple obligation réglementaire mais comme un levier d'amélioration de

la pertinence des organisations et de leur acceptabilité. Les transformations du système de santé seront d'autant plus efficaces qu'elles seront construites avec les usagers. Les seconds mobilisent leur savoir expérientiel pour améliorer les pratiques, les parcours et les organisations. L'association de ces différents acteurs, depuis la conception des politiques publiques jusqu'à leur évaluation, constitue un levier d'efficacité des réformes autant qu'une exigence démocratique.

### **Parcours, personnes âgées et hôpital**

France Assos Santé partage les propositions visant à renforcer la coordination des parcours, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Le soutien des équipes de soins spécialisés est indispensable, l'enjeu étant l'accès effectif aux ressources compétentes. Le renforcement de la téléexpertise est à ce titre une attente forte suite aux Assises de la télémédecine. Cependant les pistes du précédent rapport charges et produits concernant l'équipement en médecine générale d'électrocardiogrammes connectés augmentés par IA a pris du retard, l'expérimentation attendant d'être pleinement lancée, nous attendons des actions plus concrètes en lien avec l'urgence de l'amélioration de l'accès aux soins et des besoins de dépistage précoce, d'un point de vue sanitaire et médico-économique. Le projet d'équiper les professionnels de Systèmes d'Aide à la décision médicale prévu devra surmonter les mêmes obstacles pour se concrétiser.

Concernant les personnes âgées, les mesures relatives à la vaccination, au repérage précoce des troubles cognitifs, au dispositif Mon soutien psy, à l'hébergement temporaire en sortie de soins médicaux et de réadaptation ou encore à la prévention des hospitalisations évitables répondent à des besoins largement identifiés.

Ces propositions gagneraient toutefois à s'inscrire dans une approche plus globale des parcours de santé et de vie. Les ruptures de parcours demeurent nombreuses, notamment lors des transitions entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social. Nous proposons que toute sortie d'hospitalisation ou de SMR fasse l'objet d'un plan personnalisé associant les professionnels concernés, les aidants et la personne elle-même. Ce plan devrait intégrer les besoins médicaux, médico-sociaux et sociaux, l'adaptation éventuelle du logement, les restes à charge prévisibles ainsi que les solutions de coordination.

France Assos Santé propose également de systématiser la vérification du statut vaccinal lors des bilans de prévention, des consultations de suivi, des entrées et sorties d'hospitalisation ainsi que lors de l'entrée en EHPAD.

S'agissant de l'hôpital, les analyses du rapport sont utiles mais gagneraient à dépasser les seuls indicateurs d'activité. Une évolution des volumes de soins ne permet pas, à elle seule, d'apprécier la qualité de la réponse apportée aux besoins de santé. Toute réorganisation hospitalière devrait être évaluée au regard de ses effets concrets pour les patients : délais d'accès, continuité des parcours, réhospitalisations, maintien de l'autonomie, qualité de vie, PREMs, PROMs, transports induits, restes à charge et impact sur les aidants. Cette approche permettrait d'apprécier les véritables conséquences des réformes au-delà des seuls effets budgétaires.

**S'agissant de l'activité hospitalière**, les analyses de la CNAM sont innovantes et utiles, mais ne peuvent suffire. Une hausse ou une baisse d'activité ne constitue pas en elle-même un indicateur de bonne réponse aux besoins de santé. Les restructurations, la gradation des soins ou les transformations de l'offre hospitalière doivent être appréciées au regard de leurs conséquences réelles pour les patients.

France Assos Santé propose ainsi que toute évolution importante de l'offre hospitalière fasse systématiquement l'objet d'une évaluation d'impact du point de vue des usagers. Celle-ci devrait intégrer non seulement les effets économiques recherchés, mais également les délais d'accès aux soins, les reports ou renoncements, les distances supplémentaires à parcourir, les coûts de transport, les effets sur les aidants, la continuité des prises en charge, les réhospitalisations évitables, le maintien de l'autonomie, les PREMs et les PROMs.

Cette évaluation devrait également prendre en compte les coûts susceptibles d'être transférés vers d'autres acteurs du système : médecine de ville, secteur médico-social, transports sanitaires, aidants familiaux ou patients eux-mêmes. Une économie réalisée à l'hôpital peut en effet se traduire par des dépenses supplémentaires ou une perte de qualité de vie supportées ailleurs. La pertinence d'une réforme ne peut donc être appréciée uniquement à partir des dépenses hospitalières.

Enfin, France Assos Santé considère que les indicateurs de qualité devraient occuper une place plus importante dans le pilotage de l'hôpital. Au-delà des volumes d'activité, les établissements devraient être davantage évalués sur les résultats obtenus pour les patients : récupération fonctionnelle, qualité de vie, expérience des soins, sécurité, coordination des parcours et réduction des inégalités d'accès. Cette évolution contribuerait à faire converger les objectifs de qualité, de pertinence et de soutenabilité.

## **DROM**

France Assos Santé salue la place consacrée aux DROM dans le rapport. Les propositions relatives à l'alignement des taux de sucre, au diabète, à Mon soutien psy, à la santé sexuelle, aux dépistages et à la prévention chez les enfants répondent à des enjeux majeurs.

Nous rappelons toutefois que les inégalités de santé dans les DROM ne pourront être réduites sans une véritable démocratie sanitaire locale. Les politiques publiques doivent s'appuyer sur l'écoute des usagers, leur participation effective aux décisions et la prise en compte des réalités territoriales. France Assos Santé propose de renforcer les moyens des associations locales et des médiateurs en santé, d'adapter les campagnes de prévention aux langues et aux représentations locales, de développer des actions dans les lieux de vie et de garantir que les solutions numériques ne remplacent pas l'accompagnement humain.

Nous demandons également que les transports sanitaires et les EVASAN soient reconnus comme une composante à part entière du parcours de soins dans les DROM : amélioration des délais de prise en charge par les CGSS, création d'un annuaire des transporteurs, évaluation de la qualité du service rendu, meilleure prise en charge des accompagnants et des frais liés aux séjours en hexagone.

## **Pertinence des soins, innovation et financiarisation**

France Assos Santé partage l'objectif de garantir le « juste soin au juste prix ». Les analyses du rapport, notamment sur l'oncologie et la financiarisation de l'offre de soins, sont riches et documentées. Nous regrettons toutefois que les propositions formulées ne soient pas à la hauteur des constats.

En oncologie, la désescalade thérapeutique constitue une piste intéressante mais insuffisante au regard de la progression attendue des dépenses, près de la moitié des dépenses totales à

l'horizon 2030. France Assos Santé s'interroge également sur le devenir de la proposition du Rapport Charges et Produits 2026 visant à financer les essais de désescalade thérapeutique, absente du rapport cette année.

France Assos Santé propose de compléter ces orientations par l'intégration systématique de données de qualité de vie, de survie globale et de survie sans progression dans les essais cliniques confirmatoires ; des modalités de financement garantissant la pertinence des prescriptions, notamment pour les médicaments de la liste en sus ; le développement des systèmes d'aide à la décision médicale et un renforcement du recours aux recommandations de la HAS.

Nous soutenons les propositions visant à développer la prescription initiale des génériques et des biosimilaires ainsi que la déprescription, la prescription initiale des génériques / biosimilaires est largement préférable à des substitutions notamment en pharmacies d'officine (changement de traitement, pénalisation des personnes malades au travers de la non application du tiers payant ou du remboursement sur la base du médicament générique le plus cher)

Au regard de l'importance de l'iatrogénie médicamenteuse, France Assos Santé propose d'aller plus loin en engageant un programme national de déprescription ciblant en priorité les personnes âgées hyper-polymédiquées.

Les analyses consacrées à la financiarisation sont particulièrement utiles, mais les propositions demeurent limitées. France Assos Santé propose de renforcer l'information des usagers sur les bénéfices et les risques des actes de biologie et de radiologie et de développer les outils d'aide à la prescription afin de favoriser le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, France Assos Santé appelle à une vigilance particulière sur la généralisation du tiers payant contre carte Vitale. Les premiers retours des associations mettent en évidence des refus de délivrance de médicaments à des personnes disposant pourtant de droits ouverts. Une évaluation de ces situations doit être réalisée avant toute généralisation du dispositif

### **Indemnités journalières**

Si aucune nouvelle proposition n'est faite spécifiquement sur les IJ, les développements consacrés aux indemnités journalières restent principalement centrés sur la maîtrise des dépenses. France Assos Santé rappelle que les IJ constituent avant tout un dispositif de protection contre la perte de revenus liée à la maladie. Toute réforme devrait être évaluée au regard de sa capacité à prévenir la précarité et la désinsertion professionnelle. Le rapport gagnerait également à analyser le rôle du défaut d'aménagements raisonnables pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en situation de handicap, qui constitue un facteur évitable d'arrêts de travail et de maintien difficile dans l'emploi.

Les personnes vivant avec une maladie chronique sont particulièrement concernées. Les difficultés de maintien dans l'emploi résultent souvent d'une combinaison de facteurs : accès insuffisant aux soins, absence d'aménagements du poste de travail, manque de coordination entre médecine de ville, médecine du travail et employeurs et règles d'indemnisation parfois désincitative au retour à l'emploi.

### **Articulation AMO/AMC**

S'agissant de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires, France Assos Santé ne partage pas une approche qui ferait de la répartition des prises en charge

entre financeurs un objectif de soutenabilité en soi. Toute évolution doit être appréciée au regard de ses conséquences pour les assurés : restes à charge, cotisations, accès aux soins et lisibilité du système.

La proposition d'un contrat responsable socle obligatoire dans l'offre des organismes complémentaires constitue néanmoins une piste intéressante et permet de garantir une offre de référence lisible et plus accessible, tout en laissant aux organismes complémentaires la possibilité de proposer d'autres niveaux de garanties. Cette mesure nous paraît néanmoins difficile à être mise en œuvre sans l'adhésion des organismes complémentaires qui travaillent par ailleurs sur le panier de soins du contrat responsable. Plus largement, France Assos Santé rappelle que la question du financement ne peut être dissociée de celle de la régulation des prix et des tarifs. Une meilleure articulation entre financeurs ne produira des effets durables que si elle s'accompagne d'actions sur les dépassements d'honoraires, les tarifs libres et les principaux facteurs de renchérissement des dépenses restant à la charge des ménages. Par ailleurs cette proposition ne pourra à elle seule régler les inégalités d'accès à la complémentaire santé, et France Assos Santé réitère sa proposition historiquement de création d'un contrat complémentaire public facultatif, inspiré de la Complémentaire santé solidaire, avec un relèvement significatif des plafonds d'accès et une participation progressive assise sur les revenus.

## 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 6 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)