

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la
Caisse nationale de l'assurance maladie 2
- Présences en réunion 12

Mercredi
18 février 2026
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 52

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
*président***



La réunion commence à neuf heures 35.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission des affaires sociales auditionne M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous accueillons Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), et Guillaume Couillard, son directeur adjoint, pour aborder les nombreux sujets qui intéressent l'assurance maladie et rejoignent les questions d'actualité que nous avons longuement traitées lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Nous souhaitons recevoir régulièrement les directeurs des caisses nationales. Le 9 juillet, M. Fatôme nous avait ainsi présenté le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie. Parmi les sujets d'actualité à aborder ce jour, citons entre autres : la mise en œuvre des dispositions législatives, le dialogue avec les professionnels, la prise en compte des évolutions des différentes professions, ou encore la place des médicaments.

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. J'évoquerai d'abord les relations avec les professionnels de santé, en particulier les négociations avec les médecins et infirmiers libéraux. J'insiste sur la mobilisation de la Cnam en vue de la mise en œuvre de la convention médicale signée en 2024. Depuis le début de l'année sont intervenues d'importantes mesures dans ce cadre, telles que la revalorisation de la consultation de médecine générale ou des mesures touchant des spécialités cliniques, comme la pédiatrie et la psychiatrie. L'entrée en vigueur de cette convention apparaît positive en termes d'accès aux soins, d'attractivité des métiers et de qualité des soins. La consultation longue a été mise en place pour les personnes âgées, de même qu'un nouveau forfait pour les médecins traitants. L'accès à la santé publique a été simplifié, avec un enjeu d'information des médecins traitants en tant que responsables de la santé publique par le biais de la vaccination et du dépistage. Les aides à l'installation et à l'exercice, notamment dans les zones sous-denses, ont subi une refonte intégrale impliquant une majoration de 10 % du forfait médecin traitant, y compris pour les praticiens déjà présents en zone d'intervention prioritaire. Une aide au maintien en activité est désormais accordée aux médecins de plus de 65 ans. Enfin, d'importants travaux porteront en 2026 sur la nouvelle nomenclature des actes techniques, la classification commune des actes médicaux. Une nouvelle hiérarchisation des axes techniques devrait en résulter avant la fin de l'année.

Une enveloppe de 1,6 milliard d'euros accompagne la nouvelle convention médicale, dont 1,3 milliard d'euros déjà engagés. Voici une quinzaine de jours, la caisse de retraite des professionnels de santé libéraux a fait état d'une progression d'honoraires plus favorable aux médecins généralistes en 2024 que les années précédentes.

Le récent mouvement de grève des médecins libéraux a été relativement suivi. Il résulte d'incompréhensions sur la teneur de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Certains médecins ont eu le sentiment d'une mise en cause de l'exercice libéral de la médecine. Ils ont en tout cas manifesté leur attachement au cadre conventionnel, soucieux que la négociation produise pleinement ses effets. La ministre de la santé a pris des engagements et lancé des chantiers grâce auxquels la grève a cessé. J'ai échangé avec chacun des syndicats médicaux entre la fin janvier et début février pour identifier un programme de travail articulé autour de l'imagerie, des dépassements d'honoraires et des arrêts de travail. Un suivi de la convention médicale débutera dès la semaine prochaine dans le cadre d'instances

paritaires réunissant la Cnam et des syndicats de médecins. Des discussions porteront sur l'imagerie en vue d'une plus grande pertinence des soins et de l'atteinte des objectifs d'économies du précédent LFSS. Les travaux à venir sur les arrêts de travail et les dépassements d'honoraires permettront d'établir s'il y a lieu d'engager des négociations conventionnelles.

Une cinquième et peut-être dernière séance de négociation multilatérale s'est tenue le 17 février avec les trois syndicats d'infirmiers libéraux en présence de l'Union nationale des infirmier.es en pratique avancée, en vue de la signature d'un texte, la seconde quinzaine de mars au plus tard. La négociation porte sur la mise en œuvre de la nouvelle loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, c'est-à-dire sur le rôle des infirmiers en pratique avancée (IPA) en matière d'accès direct, la contribution des infirmiers aux soins non programmés, le déploiement du dispositif de rémunération alternatif Équilibres, ou encore la valorisation du cœur de métier des infirmiers. Je recevrai les syndicats lors de réunions bilatérales au cours des dix prochains jours. Je suis conscient de l'importance du rôle que joue cette profession dans la prise en charge des personnes âgées. La France compte un peu plus de 100 000 infirmiers libéraux, qui auront à jouer un rôle essentiel face au vieillissement de la population et à l'extension des pathologies chroniques. Il importe dès lors de leur assurer des conditions d'exercice favorables.

La Cnam a réalisé une synthèse des actions menées en matière d'accès aux soins – sujet d'investissements majeurs, au cœur de la convention médicale. Conformément aux engagements de la Cnam a vu le jour l'an dernier l'Observatoire de l'accès aux soins. Les données qu'il a recueillies en lien avec les dix indicateurs de la convention médicale sont consultables sur ameli.fr au niveau départemental, régional et national, et mises à jour chaque semestre. Parmi les effets de cette convention valable de 2024 à 2028, notons que le taux de personnes en situation d'affection de longue durée (ALD) dépourvues de médecin traitant est passé de 5,6 % en 2024 à 4,2 % à la fin 2025, alors même que, chaque année, 300 000 à 400 000 personnes de plus se retrouvent en ALD et que le nombre de médecins traitants se réduit.

La Cnam est engagée dans les négociations autour de France Santé, qui démarreront la semaine prochaine. La Cnam dispose en effet d'un mandat pour négocier une partie du cahier des charges concernant les centres et maisons de santé. Il s'agit de prendre le relais de la labellisation déjà engagée sur le terrain par les agences régionales de santé (ARS), les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) et les conseils départementaux.

La dynamique des assistants médicaux ne faiblit pas. Plus de 9 500 contrats ont été signés depuis le lancement du dispositif en 2019. Je tenais aussi à vous faire part de la réussite des travaux autour des délégations de tâches aux pharmaciens. En 2025, ceux-ci ont utilisé 760 000 tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), soit trois fois plus qu'en 2023. En cas de Trod positif, ils peuvent délivrer un antibiotique.

La Cnam est engagée dans les actions de maîtrise des dépenses médicales et de lutte contre la fraude. Malgré la hausse de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) par rapport à celui que prévoyait initialement le PLFSS, la LFSS porte des objectifs élevés en termes d'économies autour d'enjeux liés au bon usage du système de santé. La Cnam déploiera une série de programmes d'actions autour de thématiques telles que l'accompagnement du contrôle des arrêts de travail ou encore le bon usage des médicaments. De très bons résultats ont été obtenus en termes de maîtrise des molécules antalgiques, dont le tramadol. Ces sujets rejoignent les enjeux de sobriété et de lutte contre le gaspillage. La Cnam

a mis en œuvre une mesure de limitation de la délivrance des pansements. Elle compte aller plus loin à travers une expérimentation antigaspi accompagnant un travail de revue des armoires à pharmacie des assurés conduit par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens.

Parmi les outils transversaux déployés par la Cnam, j'attire l'attention sur les groupes d'analyse de pratique, fournissant l'occasion à des médecins généralistes de comparer leurs pratiques. De tels groupes de pairs sont déjà actifs depuis longtemps en Normandie et en Bretagne. Par ailleurs, beaucoup de données relatives à l'activité des professionnels de santé sont désormais disponibles sur ameli.fr. La Cnam a entrepris de délivrer aux médecins libéraux des informations sous un format aisément consultable afin qu'ils puissent comparer leur prescription d'antibiotiques ou d'arrêts de travail, par exemple, à celle de leurs collègues à différents échelons territoriaux.

La Cnam a l'intention de continuer à s'investir dans la lutte contre la fraude. L'Assemblée nationale examinera un projet de loi poursuivant ce but à la fin du mois. La Cnam continue ses travaux sur la prévention de la fraude, à travers notamment le déploiement des ordonnances numériques et des investissements dans des systèmes d'information. Six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires ont vu le jour, regroupant d'anciens gendarmes ou policiers, des statisticiens et des juristes, investiguant les réseaux sociaux afin d'intervenir sur des fraudes complexes. La lutte contre la fraude vise l'ensemble des champs de l'assurance maladie, y compris le transport et les médicaments. J'ai bon espoir que les résultats au titre de 2025, disponibles à la fin mars, feront état d'une forte dynamique dans ce domaine.

Je conclurai en abordant la mobilisation de la Cnam dans la mise en œuvre de la LFSS 2026. Des travaux ont débuté sur le dispositif de pré-ALD – parcours de prévention renforcé que nous souhaitons proposer à certains assurés souffrant d'hypertension artérielle ou d'obésité avant leur basculement en ALD. La mise en œuvre du congé de naissance, prévue en juillet 2026, implique de la part de la Cnam une préparation opérationnelle dans des délais extrêmement courts.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Thomas Ménagé (RN). J'aimerais vous interroger à propos des assurés qui se retrouvent hors parcours de soins de manière subie. Dans les déserts médicaux, il s'avère impossible de déclarer un médecin traitant ; or la consultation d'un généraliste implique dès lors 10,60 euros de reste à charge. De nombreux habitants de mon territoire passent par des téléconsultations, qui leur coûtent 2 euros de plus. Ils se retrouvent pénalisés, alors qu'ils ne sont pas responsables de leur situation. Certains renoncent alors à se soigner, faute d'en avoir les moyens. De plus, beaucoup sont en ALD. La déclaration obligatoire d'un médecin traitant avait du sens en 2005. Je ne songe pas à la remettre complètement en cause, bien que je me demande si elle n'est pas devenue injuste. Des dispositifs correctifs seraient-ils envisageables ? Disposez-vous de statistiques pour évaluer le nombre de Français n'ayant pas de médecin traitant malgré eux ? Combien de recettes supplémentaires sont-elles perçues chaque année par la Cnam au détriment de ces patients ?

M. le directeur général de la Cnam. La Cnam se mobilise pour trouver des médecins traitants, en particulier aux patients en ALD. Environ 12 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant, dont une moitié n'en a jamais eu. L'avenir me semble aux médecins traitants travaillant non pas isolément, mais en équipe. Les équipes de la Cnam

s'efforcent de faire preuve de discernement en laissant un délai aux assurés pour trouver un médecin traitant avant de minorer leurs remboursements. Je n'ai pas connaissance du montant des économies réalisées de ce fait.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). La pertinence des soins et la meilleure utilisation des ressources de l'assurance maladie sont deux exigences indissociables pour garantir la soutenabilité financière de notre modèle et préserver son caractère solidaire. Une part des actes médicaux réalisés actuellement sont redondants voire inutiles. Cette situation ne satisfait ni les patients, ni les soignants, ni la collectivité. Le groupe EPR est convaincu de la nécessité de renforcer une culture de la pertinence fondée sur la confiance, la formation, l'appui aux pratiques professionnelles et la diffusion de référentiels. Dans ce cadre, la Cnam a un rôle structurant à jouer pour améliorer les outils de pilotage des professionnels. Le dossier médical partagé (DMP) constitue à cet égard un levier stratégique majeur. Pourtant, son appropriation demeure encore trop inégale. Il reste à en faire un outil du quotidien afin de fluidifier les parcours de soins et de sécuriser la prise en charge des patients en améliorant l'efficacité du système dans son ensemble. Un défi majeur reste à relever : celui de mieux soigner et mieux utiliser l'argent public. Comment la Cnam peut-elle devenir le pilote stratégique de la pertinence des soins ? Comment comptez-vous faire évoluer les outils tels que le DMP ? Quelles actions seront-elles mises en œuvre pour garantir une plus grande justice sociale et une efficacité accrue de notre système de santé ?

M. le directeur général de la Cnam. Des référentiels s'annoncent en effet nécessaires, de même que des programmes d'actions thématiques et des outils d'accompagnement, de mesure, de pilotage et de contrôle – sans oublier un climat de confiance et des outils contractuels pour convenir d'actions partagées. Chacun des quinze programmes d'actions de la convention médicale fait l'objet d'un suivi au moins semestriel avec les syndicats de médecins et les Cnam. La Cnam ne construit pas seule les outils numériques comme Mon espace santé, mais avec des communautés d'utilisateurs composées de patients et de médecins. La Cnam dialogue aussi en permanence avec les éditeurs de logiciels. Notre vision reste résolument optimiste et dynamique. À ce jour, 24 millions d'assurés ont activé leur espace santé et, chaque mois, 2,5 millions d'entre eux s'y connectent. Nous sommes sortis du cercle vicieux selon lequel la consultation du DMP ne présentait pas d'intérêt, faute qu'il soit alimenté. Deux médecins de ville sur trois y versent des documents. L'amélioration de l'ergonomie de cet outil se poursuivra avec la vague 2 du Ségur. Il reste à intégrer les données des DMP aux systèmes d'information des hôpitaux. Cette démarche améliorera la pertinence des soins de même que la prévention personnalisée. Depuis juillet dernier, 15 % des femmes enceintes ont activé un parcours numérique spécifique à la maternité sur leur espace santé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). J'aimerais revenir sur la question de l'accès aux soins en évoquant les structures d'exercice coordonné participatives (Secpa) mises en œuvre dans le cadre d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale. Ont été concernés vingt-six centres et maisons de santé dans des quartiers prioritaires. Ces sites bénéficient d'une dotation de l'assurance maladie de 14 millions d'euros leur permettant de financer des prestations dites hors soins, c'est-à-dire d'accès aux droits, de médiation ou d'interprétariat, ainsi que des actions participatives permettant aux patients de devenir acteurs de leur parcours de santé. Quarante structures se sont inscrites sur la liste d'attente pour être éligibles à cette expérimentation, dont la fin s'annonce malheureusement proche. Une proposition de loi vise cependant à pérenniser les Secpa. Quel bilan en tirez-vous ?

M. le directeur général de la Cnam. Je porte sur les Secpa un regard positif. Les travaux d'évaluation et le rapport du comité stratégique ont montré l'intérêt de la démarche. La Cnam soutient les maisons de santé pluriprofessionnelles et prend part aux travaux qui les concernent avec le ministère de la santé, qui a donné des garanties sur la continuité des financements des Secpa en 2026. Les échanges sont engagés entre le ministère, l'assurance maladie et les porteurs de ces projets en vue de les prolonger jusqu'à un horizon plus lointain.

Mme Océane Godard (SOC). Le rapport « Charges et produits » publié par la Cnam en juin dernier esquisse une trajectoire d'économies de 4 milliards d'euros dès 2026 et de 25 milliards d'euros à l'horizon 2030. Comment la concilier avec le principe de solidarité qui fonde notre système de protection sociale ? L'essentiel des leviers que vous comptez actionner pour atteindre cet objectif – développer la prévention, le dépistage et la vaccination, réguler les prix des médicaments, encadrer les ventes, améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital, sanctionner les fraudes – correspond aux orientations du groupe Socialistes et apparentés. Le rapport de la Cnam contenait toutefois des propositions d'une autre nature, telles que la révision de la prise en charge intégrale de certaines prestations insuffisamment efficaces. De telles orientations redéfinissent la limite entre ce que la collectivité prend en charge solidairement et ce qu'elle renvoie aux complémentaires. Comment ces leviers s'articuleront-ils dans le temps ? Qu'en ira-t-il de la régulation des laboratoires, de l'encadrement des groupes financiers et de l'amélioration de la pertinence des soins avant toute évolution du périmètre de prise en charge ? L'impact cumulé de vos propositions sur le reste à charge des assurés les plus fragiles a-t-il été évalué ? Quels outils d'évaluation et de transmission d'informations entendez-vous mettre en place pour que le Parlement exerce pleinement sa mission de contrôle de la trajectoire financière imposée à l'assurance maladie ?

M. le directeur général de la Cnam. La situation financière de l'assurance maladie reste extrêmement préoccupante. Son déficit est attendu à 17 milliards d'euros en 2025 et 13 milliards d'euros en 2026, soit un niveau inédit hors crise financière ou sanitaire. Surtout, ce déficit alourdit la dette de la France. Certaines propositions du rapport « charges et produits » ont été votées par le Parlement, quoique pas toutes. D'autres lui seront soumises l'an prochain. L'assurance maladie ne renouera pas avec une situation budgétaire soutenable en l'espace d'un an. L'exercice en cours devrait quand même limiter la dégradation. Nous souhaitons maintenir un système solidaire. Le niveau de reste à charge en France compte parmi les plus faibles au monde. Il implique la prise en charge complète des personnes en ALD, des médicaments innovants et des traitements coûteux à l'hôpital.

Nous comptons maintenir une prise en charge complète des frais de soins de ceux qui, sans cela, devraient assumer des restes à charge très élevés. Si un médicament dont l'efficacité a été jugée assez faible pour que son taux de prise en charge se limite à 15 %, il ne me semble pas logique de le rembourser entièrement à quelqu'un en ALD. Le rapport de la Cnam de juin dernier proposait un taux de remboursement en ALD ancré à 80 %. Je serai quoi qu'il en soit heureux de participer à la mission que la ministre a organisée sur ce sujet. Je reste évidemment attaché à un haut niveau de couverture publique.

M. Yannick Neuder (DR). Ma question porte sur les registres et en particulier France TAVI, piloté par la société française de cardiologie et alimenté par le système national des données de santé (SNDS). Selon cette société, les données fournies au registre auraient été restreintes, voire interrompues, depuis 2021, compromettant la recherche et le suivi des patients. La Cnam entend-elle permettre l'accès pérenne des registres nationaux au SNDS ? Quelles sont les conditions juridiques, techniques et organisationnelles permettant à un

registre clinique national en particulier obligatoire d'être durablement appareillé au SNDS ? Quels engagements calendaires la Cnam peut-elle prendre pour rétablir ces accès ?

M. le directeur général de la Cnam. Je reconnais l'importance de ces registres et de leur appariement au SNDS dans la mesure où celui-ci évite la construction d'autres entrepôts de données en parallèle. Les demandes d'accès au SNDS dépassent les capacités, d'où l'intérêt que la plateforme des données de santé, ou *health data hub*, prenne son essor, sachant qu'elle ne joue pas encore pleinement son rôle. La Cnam mettra tout en œuvre pour alimenter le registre piloté par la Société française de cardiologie avec des données récentes.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). L'entrée en vigueur de la convention entre la Cnam et les taxis, le 1^{er} novembre 2025, a suscité une forte mobilisation des chauffeurs de taxi, en colère. La Cnam a décidé de réaliser 150 millions d'euros d'économies en instaurant un forfait unique de prise en charge de 13 euros incluant les quatre premiers kilomètres, puis un tarif kilométrique uniformisé par département. Le retour à vide n'est plus entièrement remboursé, par plus que le temps d'attente lors des consultations. La nouvelle tarification est présentée comme plus juste et plus lisible. En réalité, en zone rurale ou périurbaine, les chauffeurs de taxi ont perdu de 30 % à 40 % de leur chiffre d'affaires, ce qui menace la viabilité de leur activité. Sur 40 000 taxis conventionnés, la moitié dépend par ailleurs d'entreprises d'ambulances. Les redressements et liquidations de ces dernières ont plus que doublé entre 2024 et 2025, touchant 180 entreprises sur moins de 5 000. Les taxis ne sont pas prescripteurs des transports sanitaires. Aussi ne sauraient-ils être tenus pour responsables de la hausse des dépenses, qui s'explique surtout par la dégradation de l'offre de santé. Pour les habitants des territoires, la disparition des taxis entraînerait une catastrophe en l'absence de transports en commun. Dans le même temps, l'ubérisation s'apparente à un pillage dans les caisses de l'État. Pas moins de 1,7 milliard d'euros sont revendiqués par l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) auprès d'Uber.

M. le directeur général de la Cnam. D'intenses négociations se sont déroulées durant dix-huit mois avec les quatre fédérations de taxis. Elles ont abouti à un nouvel accord-cadre. La mise en œuvre de la nouvelle convention début novembre a fait l'objet de nombreux travaux locaux entre les Cnam et les fédérations de taxis, de sorte que ceux-ci se sont largement conventionnés au nouvel accord-cadre. La nouvelle tarification apparaît plus équitable et plus claire. Près de la moitié des dépenses de transports de patients est facturée par des taxis. Une clause de revoyure a prévu une nouvelle réunion avec les fédérations de taxis le 23 mars. Au besoin, le dispositif sera ajusté. La Cnam échange avec l'Urssaf afin d'évaluer plus objectivement la dégradation de certaines situations économiques. Le système antérieur n'était de toute façon pas soutenable.

M. Jean-Charles Grelier (Dem). Je partage avec la Cour des comptes une sérieuse inquiétude sur le devenir du financement de notre système de protection sociale. La France a fêté en 2025 le triste anniversaire de cinquante ans de « trou de la sécu ». Le moment ne semble-t-il pas venu d'organiser un grand débat public sur la pérennité de notre système ? Dans un communiqué de presse du 11 février, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a exprimé sa forte inquiétude quant à l'avenir. Le moment ne vous semble-t-il pas venu que le Parlement se saisisse d'un projet et de loi organique prorogeant la durée d'amortissement de la Cades d'au moins deux années ?

M. le directeur général de la Cnam. Je partage moi aussi cette inquiétude par rapport au niveau des déficits, qui met en question la soutenabilité de notre modèle de

couverture. L'ampleur de l'incidence des phénomènes démographiques et épidémiologiques me semble encore mal mesurée. La Cnam incitera à la responsabilisation sur ces sujets. Il est vraisemblable que l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie ne soit pas encore atteint en 2027. Quoi qu'il en soit, il revient au gouvernement et au Parlement de se pencher sur un éventuel allongement de la durée de la Cades.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Je vous interpelle pour la troisième fois en un an à propos du logiciel Arpège en test dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Vous avez commandé un audit sur ses dysfonctionnements, qui perdurent depuis octobre 2024. De fait, il n'est pas en mesure de traiter correctement 20 % des dossiers. Certaines personnes en arrêt maladie se trouvent ainsi privées d'un revenu de remplacement, quitte à devoir reprendre le travail malgré leur état de santé. Les victimes d'Arpège peuvent être indemnisées par un fonds social des Cnam, à l'issue de démarches supplémentaires, mais cela ne suffit pas. Quand une réparation automatique des victimes aura-t-elle lieu ? Comment garantir que les assurés ne s'étant pas manifestés ont bien perçu l'ensemble de leurs droits ? La responsabilité de Sopra Steria, éditeur du logiciel, n'a pas été envisagée par l'audit. Cette société sera-t-elle sanctionnée ? Nous demandons à revenir au logiciel Progrès, en place dans d'autres départements. Un correctif à Arpège, l'applicatif Solution de liquidation des arrêts de travail (Sola) a été annoncé. Il a été conçu par Sopra Steria. Cette obstination à faire appel à ce prestataire n'est pas compréhensible, à moins de considérer que cet applicatif offre la possibilité de régler les indemnités journalières sur une base forfaitaire pourtant non autorisée par la loi.

M. le directeur général de la Cnam. J'ai proposé aux parlementaires de Loire-Atlantique et de Vendée un suivi régulier du sujet. Une réunion aura d'ailleurs lieu ce lundi. L'audit a montré qu'Arpège traite correctement 80 % des dossiers. Un retour à Progrès n'est pas recommandé, car il mettrait en difficulté les caisses des deux départements. Il semble préférable de corriger les difficultés rencontrées par Arpège à l'aide de l'applicatif Sola. Je démens toute volonté de la Cnam de régler les indemnités journalières de manière forfaitaire. Sopra Steria a été choisi dans le cadre d'un appel d'offres.

M. Michel Lauzzana (EPR). Comment envisagez-vous l'échange de données avec les complémentaires santé en matière de lutte contre la fraude ? La médecine du futur passera par des parcours supposant des modes de rémunération différents, alors que les médecins restent attachés au paiement à l'acte. Comment les rassurer ?

M. le directeur général de la Cnam. La Cnam est favorable à l'article 5 du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, qui organise les échanges de données potentiellement sensibles avec les complémentaires, grâce au concours de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Concernant le parcours de soins, les dispositifs de l'article 51 amènent à envisager des modes de rémunération alternatifs. Les parcours coordonnés renforcés vont se déployer, notamment en cardiologie. La Cnam est partie prenante de cette démarche.

M. Fabien Di Filippo (DR). J'insisterai sur les dépenses que représentent les indemnités journalières liées aux arrêts de travail, en hausse de près de 28 % de 2019 à 2023. Depuis 2019, le nombre d'arrêts maladie a augmenté de 41 %, notamment chez les cadres de moins de 30 ans. Comment endiguer ce phénomène ? Que pensez-vous de la modulation du

nombre de jours de carence en cas d'arrêt hors ALD ou maladie chronique, de la limitation des durées de prolongation des arrêts, ou encore de la réévaluation nécessaire du dispositif d'ALD ?

M. le directeur général de la Cnam. Je partage votre préoccupation. Les dépenses de l'assurance maladie liées aux arrêts de travail ont progressé d'environ 1 milliard d'euros chaque année depuis la pandémie de covid. Des facteurs économiques et démographiques expliquent une partie de cette hausse, tels que la revalorisation du Smic liée à l'inflation, et le vieillissement de la population active. Près de 60 % de la croissance des dépenses liées aux arrêts de travail est ainsi mécanique. Les 40 % restants résultent de multiples facteurs. Des mesures comme la limitation de la durée de prescription des arrêts de travail restent à mettre en œuvre de manière opérationnelle avec les médecins. Les actions de contrôle des assurés comme des prescripteurs se renforceront en 2026. Des propositions systémiques d'évolution des modes de couverture des arrêts de travail devront quand même être formulées pour aboutir à un système plus juste et plus soutenable.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). La ministre de la santé Stéphanie Rist a menti en niant l'existence de quotas appliqués aux arrêts de travail, puisqu'est prévue une mise sous objectifs des médecins prescrivant des arrêts au-delà d'un certain seuil. L'algorithme calculant ce seuil apparaît opaque. Les médecins risquent de sélectionner les patients à qui prescrire un arrêt de travail, au mépris de leur état de santé, par crainte de s'acquitter d'une amende de 16 000 euros. Je dénonce là une obsession. Rappelons que 25 % des arrêts ne sont pas entièrement pris et que les situations de burn-out, touchant 31 % des salariés, portent préjudice à leur santé, ce qui alourdit les dépenses de la Sécurité sociale. Ne craignez-vous pas d'instaurer une médecine à deux vitesses ?

M. le directeur général de la Cnam. Aucun quota d'arrêts de travail ne sera imposé. Simplement, 2 % de médecins prescrivant en moyenne trois à quatre fois plus d'arrêts que leurs confrères ont été identifiés après standardisation de leur patientèle. L'algorithme est transparent. Des échanges à ce propos ont eu lieu avec les syndicats de médecins. Une baisse de 20 % des arrêts prescrits est proposée à ces 2 % de médecins. Cette démarche donne des résultats encourageants. Des dialogues individualisés ont été engagés avec chacun de ces praticiens – quelques centaines sur les 50 000 généralistes que compte notre pays. La ministre proposera au Parlement de revenir sur une disposition mal comprise, la mise sous accord préalable, selon laquelle chaque arrêt préconisé serait examiné par un médecin-conseil.

M. Thibault Bazin (DR). L'article 41 de la LFSS 2025, supposant un coup de rabot en ce qui concerne l'imagerie, a été adopté en février dernier. Un problème de viabilité économique se pose en lien avec les forfaits techniques à propos des scanners. Certains groupements hospitaliers de territoire doutent de la pertinence d'acquérir de nouvelles machines. Pourtant, les délais d'attente sont importants – preuve que le besoin de ces équipements est réel. Une correction de ces coups de rabot indifférenciés n'est-elle pas nécessaire ?

Quelles revalorisations sont-elles prévues en 2026 pour quels professionnels ? De quelle marge de manœuvre la Cnam dispose-t-elle, dans le budget de la Sécurité sociale, pour relever les enjeux d'attractivité de certains métiers comme les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État ?

Certains actes redondants sont prescrits à l'hôpital. Des actions sont-elles prévues pour étendre le DMP aux hôpitaux ?

La nomenclature en place inclut des actes obsolètes et inutiles. Quelles avancées sont-elles prévues sur ce point cette année ?

M. le directeur général de la Cnam. Je compte rouvrir des discussions avec les syndicats médicaux sur l'imagerie. Les baisses tarifaires ont été mises en œuvre, faute d'accord sur le protocole proposé par la Cnam. Deux rapports, de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances, montrent un niveau de rentabilité en augmentation de l'imagerie. Selon ces rapports, les forfaits techniques seraient surévalués de 75 %. J'ai imposé qu'ils baissent de 8 % seulement à compter du 1^{er} novembre dernier. Des revalorisations des prestations des kinésithérapeutes et de certains spécialistes ont été décalées du 1^{er} juillet 2025 au 1^{er} janvier 2026. Malgré la progression de 1,6 % à 3,2 % de l'évolution de l'Ondam, les objectifs d'économies restent élevés. En tout cas, je ne considère pas la régulation des dépenses de l'assurance maladie par des baisses tarifaires comme pertinente.

Mme Justine Gruet (DR). Certaines nomenclatures des actes médicaux, archaïques, ne reflètent pas la valeur ajoutée des professionnels de santé. Le fonctionnement actuel du conventionnement répond-il encore aux enjeux d'accès aux soins et de démographie médicale ? Un cadre plus régulier et prévisible pour les négociations conventionnelles ne serait-il pas préférable ?

S'agissant du rôle des mutuelles dans le financement des soins, d'aucuns ont souligné que leurs frais de gestion s'élèvent à 3 milliards d'euros, soit 16 % des cotisations. Comment analysez-vous ce pourcentage ?

M. le directeur général de la Cnam. La Cnam maîtrise ses frais de gestion, d'ailleurs en baisse depuis une quinzaine d'année. Sur 1 000 euros de dépenses de l'assurance maladie, seuls 30 euros correspondent à des frais de gestion.

Depuis quatre ans, nous œuvrons à une révision des nomenclatures avec des sociétés savantes. Ce chantier fort attendu devrait aboutir en fin d'année.

Je reste attaché au conventionnement, au cœur de nos relations avec les professionnels de santé. Des réflexions portent régulièrement avec l'Union nationale des professionnels de santé sur d'autres modèles de négociations.

Je suis favorable à la demande des complémentaires de sortir de leurs frais de gestion leurs dépenses en matière de prévention.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Les vingt-six Secpa en place sur des territoires aux besoins en santé massifs réduisent le renoncement aux soins et l'engorgement des urgences. Le Gouvernement a décidé de les pérenniser avec le Fonds pour l'innovation du système de santé jusqu'en novembre, complété par des financements de France santé et une enveloppe du fonds d'intervention régional. Est-il envisagé de pérenniser les Secpa au-delà de 2026 ?

M. le directeur général de la Cnam. Le modèle des Secpa a été évalué : il améliore bel et bien la qualité de la prise en charge. La bascule d'un système expérimental vers un système de droit commun nécessite des travaux du ministère de la santé et des ARS, qui auront lieu en 2026. Le dialogue de qualité avec les porteurs de projets est amené à se poursuivre.

Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR). Les données d'analyse comparative mettent en évidence des disparités dans l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux innovants entre la France et l'Italie, l'Espagne ou l'Allemagne. Le taux de mise à disposition des nouveaux médicaments se limite ainsi à 60 % en France contre près de 90 % en Allemagne. Si le prix du médicament est l'un des plus faibles au monde en France, en revanche l'attractivité de la France pour produire des médicaments innovants recule. Le plan Innovation santé 2030 prévoyait cependant des mesures qui avaient commencé à porter leurs fruits. Que recommandez-vous pour améliorer la situation ?

M. le directeur général de la Cnam. J'ai présenté voici trois semaines un bilan de l'accès aux médicaments. Jusqu'ici, le système en place permet l'accès aux innovations. Les chiffres que vous citez ne prennent pas en compte les dispositifs massifs d'accès précoce. En ce domaine, la France est meilleure que l'Allemagne, l'Angleterre ou l'Italie. En 2024, 1,8 milliard d'euros y ont été consacrés. Certains industriels n'ont pas demandé l'accès au marché français de leurs médicaments et la Haute Autorité de santé s'est prononcée en défaveur de la prise en charge de certains autres. Notre système reste performant en matière de recours aux dispositifs innovants.

La réunion s'achève à onze heures quinze.

Présences en réunion

Présents. – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Sylvie Bonnet, Mme Blandine Brocard, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, M. Fabien Di Filippo, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Olivier Fayssat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Camille Galliard-Minier, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Michel Lauzzana, Mme Élise Leboucher, Mme Brigitte Liso, M. Thomas Ménagé, Mme Joséphine Missoffe, M. Yannick Neuder, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal

Excusés. – Mme Anchya Bamana, M. Paul Christophe, M. Gaëtan Dussausaye, M. Didier Le Gac, Mme Karine Lebon, Mme Christine Loir, M. Éric Michoux, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Stéphane Viry

Assistaient également à la réunion. – M. Patrick Hetzel, M. Christophe Mongardien