

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 (Cnam), M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, et M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur des études et des statistiques, sur le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2027 », transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement en application de l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale..... 2
- Présences en réunion 15

Mercredi
15 juillet 2026
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 97

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Nicolas Turquois,
*vice-président***



La réunion commence à onze heures.

(Présidence de M. Nicolas Turquois, vice-président)

La commission des affaires sociales entend M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, et M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur des études et des statistiques, sur le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2027 », transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement en application de l'article L. 111 11 du code de la sécurité sociale.

M. Nicolas Turquois, président. Mes chers collègues, il me revient de présider cette séance et je vous transmets les excuses du président Frédéric Valletoux, député de Fontainebleau. Son absence s'explique aisément, puisqu'il a préféré, à juste titre, rester aux côtés des habitants de sa circonscription. Je crois que nous pouvons avoir une pensée pour lui et pour tous ceux qui sont touchés par les terribles incendies qui frappent notre pays. En conséquence, il ne sera pas possible de procéder aux nominations qui figuraient à l'ordre du jour de notre réunion.

Comme vous le savez, l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits au titre de l'année suivante. Ces propositions sont présentées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Dans la perspective de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027, il nous a donc paru utile de prendre connaissance de ces travaux et de dialoguer avec leurs auteurs. Nous avons reçu, mercredi dernier, la direction générale de la CCMSA et c'est aujourd'hui au tour du directeur général de la Cnam. Je remercie donc M. Thomas Fatôme d'avoir répondu à notre invitation pour nous présenter ce rapport.

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter ce rapport « Charges et produits ». Je suis accompagné de M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, et de M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur des études et des statistiques, qui est le chef d'orchestre de ce rapport annuel.

Le rapport pour 2027 se situe dans la continuité assumée de celui de l'année dernière, qui était assez exceptionnel au regard de la situation financière de l'assurance maladie. L'année 2026 pourrait, malgré les incertitudes économiques, témoigner d'un léger redressement des comptes de l'assurance maladie. Les perspectives pluriannuelles restent néanmoins durablement dégradées. Comme nous l'avons indiqué l'année dernière, l'objectif est bien de présenter un rapport articulé autour de trois piliers visant à rétablir la soutenabilité de l'assurance maladie.

Le premier pilier est la prévention, car il est essentiel d'accélérer le virage préventif. Le deuxième concerne l'organisation du parcours de soins, notamment le lien ville-hôpital et

une meilleure organisation du parcours des patients. Le troisième pilier, autour du « juste soin au juste prix », recouvre deux volets : la qualité et la pertinence, qui constituent le juste soin, et le juste prix, qui renvoie à la juste rémunération de l'innovation, des acteurs de santé, des produits de santé et de l'ensemble des parties prenantes.

Le virage préventif est enclenché. Nous sommes certes en retard et devons accélérer, mais les progrès sont notables. Plus de 7 000 psychologues ont été intégrés dans le dispositif Mon Soutien psy. Le dispositif Génération sans carie, créé avec les complémentaires santé, a fait augmenter de près de 30 % l'examen bucco-dentaire annuel chez les jeunes et les enfants. La campagne contre la grippe a connu une nette progression cette année.

Il en va de même pour la structuration de l'organisation des soins. Nous comptons désormais entre 3 000 et 4 000 maisons de santé opérationnelles, que France Assos Santé continuera de soutenir en 2026-2027. Près de 10 000 assistants médicaux sont en poste, les communautés professionnelles territoriales de santé couvrent la majeure partie du territoire et des équipes de soins spécialisées commencent à voir le jour grâce à la convention médicale. L'article 51 porte de nombreuses expérimentations, et vous verrez dans le rapport que beaucoup d'éléments de ce parcours de soins traduisent la volonté d'intégrer ces expérimentations dans le droit commun. Ces parcours de soins sont en train de se structurer, avec une dynamique d'installation des médecins généralistes qui est un sujet central. Nous avons besoin de cette première ligne de médecins traitants. On observe une augmentation de 30 % des installations de médecins généralistes libéraux en 2025 par rapport à 2024 et, pour la première année, le nombre de médecins généralistes libéraux qui s'installent est supérieur à celui des départs à la retraite, ce qui constitue une inversion de courbe importante.

Concernant le juste soin au juste prix, nous avons obtenu des résultats historiques dans la lutte contre la fraude. Les dépenses de transport sanitaire connaissent un véritable freinage, avec une augmentation de 1,4 % en 2025 contre 6,6 % en moyenne sur la période 2019-2023. Une mobilisation renforcée sur les arrêts de travail vise à garantir qu'ils sont pleinement justifiés, avec une augmentation du nombre de contrôles et d'accompagnements des médecins.

Pour la première fois, nos délégués de l'assurance maladie ont visité près de 32 000 professionnels de santé pour faire de la prévention en santé environnementale, notamment sur les perturbateurs endocriniens.

Une nouveauté est la part importante du rapport dédiée aux problématiques spécifiques des territoires ultramarins : sur les quarante propositions que nous formulons, une dizaine est consacrée à la situation des outre-mer, qui font face à des défis spécifiques.

Je m'arrête un instant sur les éléments de diagnostic et de projection, qu'il me semble très important de partager avec le Parlement. Les mises à jour de ces projections n'apportent malheureusement pas de bonnes nouvelles : à l'horizon 2035, 44 % des patients auront au moins une maladie chronique, contre 43 % dans les projections de l'an dernier. Près de 10 millions d'assurés, soit 15 % de la population, souffrent aujourd'hui d'au moins deux pathologies chroniques ; ce sera 18 % à l'horizon 2035. En termes de dépenses, une personne polypathologique représente une dépense d'assurance maladie supérieure de 8 800 euros à une personne qui ne l'est pas.

Nous avons également relié les projections démographiques à des projections de dépenses, en définissant trois scénarios. Le premier est un scénario tendanciel, où le

vieillesse et les pathologies chroniques poursuivent leur évolution tendancielle et où la régulation des coûts est modérée, comme sur la période 2019-2023. Le deuxième scénario conserve les mêmes hypothèses d'évolution des pathologies, mais avec une régulation des coûts plus dynamique, comme sur la période 2015-2019, où la maîtrise de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été plus importante. Le troisième scénario, notre scénario de référence, conjugue un virage préventif qui ralentit l'apparition des maladies chroniques à une régulation des coûts volontariste.

En partant d'une base de dépenses de 210 milliards d'euros en 2024, le scénario tendanciel aboutirait à 60 milliards d'euros de dépenses supplémentaires à l'horizon 2030, soit une augmentation de 0,7 point de produit intérieur brut (PIB). Le scénario intermédiaire conduirait à une hausse de 45 milliards d'euros, soit 0,3 point de PIB. Notre scénario de référence, qui combine ralentissement des maladies chroniques et action volontariste sur les coûts, aboutit toujours à une augmentation des dépenses de 35 milliards d'euros, mais celle-ci est maîtrisée à environ 0,1 point de PIB. Nous retrouvons ainsi notre objectif de l'an dernier : maîtriser durablement la dépense d'assurance maladie à la même vitesse que la richesse nationale. Cette projection illustre l'importance de ce virage préventif, qui constitue la grande cause décennale.

Guillaume Couillard va maintenant vous présenter les analyses inédites que nous avons travaillées avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur ce sujet.

M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Sur ce premier pilier qu'est la prévention, nous avons mené cette année une étude avec l'OCDE sur le retour sur investissement des mesures de prévention. Trois grandes familles de mesures ressortent pour leur efficacité, tant sur le système de santé que sur le plan social : les mesures concernant l'alimentation, en particulier l'obligation du Nutriscore, qui présente l'impact le plus fort en termes de bénéfices économiques et sanitaires ; les facteurs de risque cardiovasculaires ; le programme d'éducation à la santé mentale pour les jeunes, notamment en milieu scolaire.

41 000 nouveaux cas de maladies chroniques pourraient être évités chaque année en France en agissant sur les régimes alimentaires. Nous avons notamment porté une attention particulière aux aliments ultra-transformés. Nous proposons à nouveau de rendre le Nutriscore obligatoire pour les aliments emballés, assorti d'une mention sur leur caractère ultra-transformé, car renforcer l'information sur la qualité nutritive est un élément de prévention très important.

Concernant le tabac, nous formulons deux propositions. La première vise à créer une « génération sans tabac » en interdisant la vente de tabac aux personnes nées à partir de 2009. Nous nous inspirons de l'exemple britannique, qui a voté une loi similaire entrant en vigueur le 1^{er} janvier prochain. La seconde mesure, pour faire face aux conséquences du tabagisme, concerne le dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive.

S'agissant des enfants et des jeunes, nous nous concentrons sur deux aspects, et d'abord le dépistage des troubles visuels et du langage à l'école. Ce dépistage est largement assuré par les services de protection maternelle et infantile (PMI), mais ne couvre pas la totalité d'une classe d'âge. L'assurance maladie intervient déjà en complément dans tous les départements. Nous proposons de lui donner la possibilité de le faire sans avoir à recueillir l'autorisation des parents, car nous perdons environ un quart des enfants faute d'autorisation

remise à temps. Le second sujet est la santé mentale des jeunes, qui s'est beaucoup dégradée depuis 2020. Nous proposons de généraliser plusieurs expérimentations menées dans le cadre de l'article 51, qui facilitent l'accès à l'expertise pour le diagnostic puis la prise en charge.

La deuxième partie de notre rapport porte sur l'amélioration des parcours de prise en charge. Nous avons notamment analysé l'évolution de l'activité hospitalière avant et après la crise de la covid-19, sur la période 2017-2023. Au niveau macroéconomique, on observe une augmentation du nombre de séjours, une diminution du nombre de lits et places, et une augmentation du personnel, notamment médical. Cependant, des variations importantes existent selon la taille des établissements : les établissements qui réalisent plus de 20 000 séjours par an ont connu une diminution de leur activité pendant la crise, suivie d'un rattrapage qui s'est prolongé. Leur activité a même dépassé son niveau d'avant la crise. La situation est très différente pour les établissements plus petits, qui n'ont pas connu de retour à l'état antérieur.

M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur des études et des statistiques de la Caisse nationale de l'assurance maladie. La troisième partie du rapport, consacrée au juste soin au juste prix, comporte un zoom sur le médicament, l'un des principaux contributeurs à la croissance des dépenses de santé. Nous avons réalisé un focus sur les médicaments en oncologie, dont les dépenses ont connu une croissance très forte, s'élevant à 10 % par an en moyenne ces cinq dernières années, pour atteindre aujourd'hui 7,1 milliards d'euros. Cela représente un quart des dépenses de médicaments. Pourtant, notre analyse montre que 80 % des traitements arrivés sur le marché ces cinq dernières années n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR 5). Nous avons donc travaillé, notamment avec l'Institut Gustave-Roussy, France Assos Santé et la Ligue contre le cancer, sur la notion de désescalade thérapeutique. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient sans dégrader la qualité de la prise en charge, tout en diminuant l'intensification de celle-ci.

Nous sommes aussi allés plus loin sur les sujets de déprescription. En France, la consommation de médicaments est importante, ce qui entraîne des ordonnances à rallonge avec des médicaments potentiellement inappropriés – c'est le cas en 2024 de 60 % des patients de 75 ans et plus en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de 42 % des patients hospitalisés d'une façon générale. Comme nous le faisons souvent dans le rapport « Charges et produits », nous nous sommes inspirés de méthodes utilisées à l'étranger. Les soins de masso-kinésithérapie, par exemple, connaissent une croissance de 6 % par an entre 2022 et 2025. Pour les patients, des problèmes d'accès subsistent en raison d'une répartition territoriale insatisfaisante et de dépassements d'honoraires dans certaines localités. À l'étranger, notamment en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, la prise en charge est beaucoup mieux définie, avec des listes positives de pathologies et un nombre de séances clairement défini.

Concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, nous observons une hausse de 7 % par an ces cinq dernières années. La durée des arrêts a considérablement augmenté, passant de 58 à 90 jours en moyenne entre 2010 et 2024. Les accidents de trajet à vélo et en trottinette sont en très forte croissance. Nous proposons de faciliter le dialogue entre médecin du travail, médecin traitant et médecin-conseil, de simplifier les démarches et d'étendre l'obligation du port du casque au-delà de 12 ans.

Enfin, concernant la lutte contre la fraude, les résultats sont en très forte hausse. Nous proposons de poursuivre les actions en sécurisant les flux, notamment par l'usage

systématique de la carte Vitale, d'accroître les moyens de contrôle et de sanction, et de nous organiser face aux nouvelles menaces, notamment en développant nos collaborations et en utilisant de nouveaux outils à base d'intelligence artificielle.

M. Thomas Fatôme. Je termine par le sujet de la trajectoire financière. Si nous ne faisons rien, le déficit se creuse naturellement de 5 milliards d'euros par an, ce qui est insoutenable. Nous réitérons donc nos ancrs posées l'année dernière : faire évoluer les dépenses de santé durablement au même rythme que la richesse nationale. Il en va de même pour les recettes, dont certaines progressent un peu moins vite que le PIB.

Pour l'Ondam 2027, nous proposons un ensemble de mesures d'économie à hauteur de 3,9 milliards d'euros, en cohérence avec l'année dernière. Ceci inclut une action renforcée sur le juste soin au juste prix à hauteur de 800 millions d'euros, 200 millions d'euros sur l'organisation du parcours de soins, et une action volontariste sur le prix des produits de santé.

Enfin, l'assurance maladie souhaite réaffirmer l'importance du pacte avec les complémentaires santé. Nous progressons par exemple en matière de prévention dentaire grâce à une action coordonnée. Nous réaffirmons également que la complémentaire santé est un pilier de l'accès aux soins. Dans ce cadre, nous proposons que les complémentaires santé puissent promouvoir un « contrat complémentaire santé strictement responsable », qui ne contiendrait que les garanties du contrat responsable. Ces contrats, aujourd'hui très peu présents sur le marché, auraient sans doute un niveau de prix nettement inférieur aux prix pratiqués actuellement.

M. Nicolas Turquois, président. Merci, monsieur le directeur général. Quelles que soient nos orientations politiques, nous pourrions certainement nous retrouver sur la généralisation de la prévention, qui me semble indispensable en matière de santé.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Monsieur le directeur général, comme toujours, votre rapport constitue un document de référence et les constats que vous formulez tout comme vos recommandations inspirent, sinon préfigurent largement les mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui sera examiné à l'automne.

La construction de l'évolution spontanée ou tendancielle de l'Ondam est souvent critiquée, que ce soit par les rapporteurs généraux ou par la Cour des comptes. Néanmoins, un bon point peut vous être donné puisque la Cour estime que « l'exercice de prospective réalisé par la Cnam dans son rapport Charges et produits de juin 2025 a constitué une première contribution utile et éclairante ». Or je n'ai pas trouvé de chiffre dans celui de cette année : reprenez-vous toujours une hausse de 4,5 % par an à politique inchangée ?

Votre rapport souligne, probablement à juste titre, que la prévention est actuellement l'enjeu prioritaire si l'on veut combiner soutenabilité du système de santé et qualité des prises en charge. Vous faites du Nutriscore, que vous persistez à vouloir rendre obligatoire, et de la TVA différenciée selon les catégories de produits, deux des mesures phares de cette stratégie préventive, jugeant que l'impact médico-économique est maximal pour ce type de mesures. Ne pensez-vous pas qu'il y a des biais dans les études que vous nous présentez, et qu'il y a une multitude d'autres paramètres qui influencent les comportements alimentaires ?

Enfin, vous dressez un constat préoccupant s'agissant de l'efficacité des traitements innovants contre le cancer. Le constat que vous formulez est proprement édifiant et laisse

entrevoir un important gisement d'économies si le prix des médicaments était corrigé au regard de leur ASMR. Pourtant, vous ne formulez aucune recommandation pour réformer le financement de ces traitements, mais seulement des recommandations à l'égard des prescripteurs pour limiter les conséquences budgétaires d'une telle situation et inciter à la désescalade thérapeutique. Quelle est la recommandation qui ne figure pas dans votre rapport mais qui permettrait de limiter la surévaluation du prix des médicaments innovants contre le cancer ?

M. Thomas Fatôme. Concernant l'évolution tendancielle des dépenses, je vous remercie de nous accorder un bon point, que le comité d'alerte nous a également attribué. Nos travaux participent à la documentation et à la compréhension de cette évolution, non seulement par une approche de l'offre, mais aussi en cherchant à médicaliser l'analyse de cette tendance. Il s'agit de comprendre ce qui justifie et explique ces évolutions. Je ne souhaite cependant pas m'avancer davantage, car il relève de la prérogative du Gouvernement et de la direction de la sécurité sociale de présenter au Parlement un cadre tendanciel d'évolution des dépenses, sur la base duquel ils proposent ensuite Ondam et des mesures d'économies.

Sur l'alimentation, le Nutriscore n'est pas l'alpha et l'oméga, mais nous considérons qu'il envoie un signal fort à la fois aux consommateurs et aux industriels, ce qui engendre des évolutions positives. C'est ce que nous confirment tant les économistes que les spécialistes de la santé. Bien sûr, ce n'est pas le seul levier, il faut également développer d'autres approches. L'école est un lieu de prévention, y compris en matière de nutrition. De nombreux pays en avance sur nous dans ce domaine ont massivement investi sur l'éducation au « bien manger » et au « bien se nourrir » à l'école. Nous pensons cependant que rendre le Nutriscore obligatoire sur les aliments emballés serait une mesure pertinente.

En ce qui concerne le cancer et les traitements, nous n'avons pas repris la proposition que nous avons faite l'année dernière, qui consistait à porter une attention renforcée à la fixation des prix et aux négociations concernant les médicaments classés en ASMR 5. Nous avons proposé de procéder à des baisses de prix assez significatives sur ces produits. Vous avez constaté que nous proposons tout de même 1,3 milliard d'euros de mesures tarifaires sur les produits de santé. Très clairement, ce sujet fait partie des leviers qui alimenteront ces 1,3 milliard d'euros. Il s'agit à la fois d'agir sur la qualité de la prescription et sur la cohérence des prix.

M. Nicolas Turquois, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Monsieur le directeur général, vous venez nous présenter le rapport annuel sur les charges et produits de l'assurance maladie sous le titre ambigu « Améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses ». Quel drôle d'exercice ! Vous nous détaillez 261 milliards d'euros de dépenses de soins pour 68 millions de Français et d'étrangers, pour 245 milliards de recettes, soit un joli déficit de 15 milliards d'euros, dans un contexte de comptes sociaux « hors de contrôle » selon la Cour des comptes. Ce déficit ne pourra être stabilisé en 2026 que par des artifices comptables. Sans aucune réflexion sur l'origine interne de ces déficits et votre éventuelle responsabilité, vous utilisez comme première solution votre deuxième casquette, celle de négociateur des conventions, pour un usage intensif du rabot sur tous les acteurs de la distribution de soins.

Le juste soin au juste prix : je pense que le juste soin est toujours distribué par la majorité des soignants. Le juste prix ne dépend que de vous. Il y a longtemps que vos décisions d'austérité tarifaire ont participé à la création des déserts médicaux et à la pénurie de médicaments. C'est un curieux exercice qui consiste à faire devant nous le bilan de vos seules et pleines décisions, bilan pour le moins catastrophique.

C'est nous, parlementaires, qui, selon les propositions que j'ai émises dans la commission d'enquête sur le budget de la sécurité sociale, aurions dû ou non renouveler votre mandat l'an dernier. C'est nous qui aurions dû débattre et voter les grandes lignes stratégiques et les conventions d'objectifs et de gestion, certes en accord avec vous et le conseil de la Cnam, largement imprégné de la gestion paritaire.

J'aurai une seule question à vous poser, monsieur le directeur général : pourquoi seuls 44 % des montants des comptes de la branche maladie de la sécurité sociale sont-ils contrôlés ?

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Monsieur le directeur général, certaines des propositions formulées dans ce rapport doivent être mises en œuvre rapidement, car elles présentent l'avantage de protéger la santé des Français tout en diminuant à terme la charge financière qui pèse sur l'assurance maladie. Je pense à l'interdiction de la vente du tabac aux personnes nées après 2009 ou à la campagne de vaccination contre le pneumocoque sur le modèle de celle contre la grippe pour les plus de 65 ans, mais aussi au renforcement des dépistages des cancers, notamment dans les territoires ultramarins.

Je doute néanmoins de la pertinence d'autres propositions, à l'image du plafonnement de certains soins de kinésithérapie. On ne peut pas, d'un côté, soutenir depuis des années le virage ambulatoire et, de l'autre, s'étonner que les dépenses relatives aux soins de ville augmentent. Je suis également réservée sur les propositions relatives à la déprescription.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Monsieur le directeur général, 10,6 millions de personnes souffriront d'une maladie psychiatrique ou seront sous traitement psychotrope d'ici 2035, d'après votre estimation. Vous indiquez que la santé mentale représente 14 % des dépenses totales de l'assurance maladie. Face à cette hausse préoccupante, pourquoi un investissement massif dans la psychiatrie publique pour rattraper son sous-financement chronique n'apparaît-il nulle part dans vos recommandations ?

Je ne peux évoquer la psychiatrie sans parler bien sûr de ce dispositif si détesté par les professionnels qu'est Mon Soutien psy, que vous avez évoqué dans vos propos. Dans une lettre adressée à la Convergence des psychologues en lutte en janvier dernier, vous indiquez : « Le dispositif porté par l'assurance maladie n'a aucunement vocation à se substituer au dispositif spécialisé et s'inscrit en complémentarité. Les financements des ARS et ceux du dispositif sont totalement distincts. » Pourtant, monsieur Fatôme, partout sur le territoire, des dispositifs ferment faute de financements. Des services de santé étudiants, des associations de périnatalité, des réseaux de psychologues assurant des groupes de parole pour la lutte contre le cancer, des associations d'accompagnement de victimes de violences se voient refuser des financements sous prétexte que Mon Soutien psy suffirait désormais à répondre aux besoins. Quand comptez-vous réagir face à cette réalité ?

Je profite de votre présence pour vous interroger sur la situation de l'Association de santé libérale en équipe (Asalée). Que comptez-vous faire pour soutenir le passage d'Asalée

en société coopérative d'intérêt collectif et assurer la pérennité de l'association et de son modèle de soins coordonnés ?

Enfin, après avoir passé en revue les coûts budgétaires, vous avez conclu en évoquant votre proposition de contrat strictement responsable dans l'offre des complémentaires santé. Le risque est celui d'une couverture au rabais pour les plus pauvres et, à terme, d'un nivellement par le bas des garanties assurantielles. Nous nous opposons clairement à cette vision et défendons une sécurité sociale à 100 % pour tous.

Mme Martine Froger (SOC). Monsieur le directeur général, messieurs, je vous remercie pour la présentation de ce rapport. Nous partageons l'objectif d'améliorer la qualité de notre système de santé tout en garantissant sa soutenabilité financière. Les orientations que vous proposez en matière de prévention, de renforcement des dépistages ou d'amélioration des parcours de soins vont dans le bon sens. Néanmoins, nous savons tous que la désertification médicale est déjà une réalité. Nous craignons que la recherche d'économies ne conduise une fois encore à un recul de l'accès aux soins ou à un transfert de charges vers les complémentaires et les assurés. L'efficacité est indispensable, mais elle ne doit jamais remettre en cause le principe de solidarité qui fonde notre assurance maladie.

Certains postes de dépenses en forte progression, comme les transports sanitaires ou les affections de longue durée, étaient abordés dans votre précédent rapport mais ne semblent plus faire l'objet de propositions spécifiques. Faut-il en conclure, ou pouvez-vous nous confirmer, que vous n'envisagez plus de mesures d'économie sur ces sujets ?

Enfin, comment les ambitions affichées en matière de prévention et d'amélioration des parcours de soins peuvent-elles se concrétiser dans les territoires les plus fragiles, où l'on manque déjà de médecins, d'infirmiers, de pharmacies et parfois même d'accès au numérique ? Plus largement, quelles mesures structurelles préconisez-vous pour réduire durablement les déserts médicaux ?

M. Jérôme End (DR). Monsieur le directeur général, la Cnam vise dans son rapport 1,3 milliard d'euros d'économies sur les produits de santé, dont la très grande majorité concerne le médicament, soit environ un tiers des 3,9 milliards d'euros d'économies totales proposées. Avez-vous mesuré le point de bascule, c'est-à-dire le moment où les prix des médicaments seront trop bas pour permettre aux Français d'avoir accès à tous les médicaments disponibles ailleurs, des laboratoires risquant de préférer vendre à l'étranger ? En 2024, 39 % des Français ont été confrontés à une pénurie de médicaments, avec des conséquences parfois graves pour leur santé. Il ne faudrait pas prendre des mesures qui accentuent cette pénurie.

Concernant l'explosion des prescriptions d'arrêts maladie, qui ont coûté 17,9 milliards d'euros à l'assurance maladie en 2025, pouvez-vous nous dire si le renforcement des contrôles de ces dernières années, à la fois sur les assurés et sur les médecins, a permis de réaliser des économies ? Pouvez-vous notamment préciser combien de médecins, parmi ceux qui réalisent beaucoup plus de prescriptions d'arrêts de travail que leurs confrères, ont été mis sous accord préalable ou mis sous objectif pour diminuer ces prescriptions, et pour quels résultats ?

M. Hendrik Davi (EcoS). Monsieur le directeur général, les canicules ont encore démontré les fragilités d'un système hospitalier au bord de l'effondrement. 30 % de nos concitoyens vivent dans un désert médical et 73 % ont déjà renoncé à des soins.

Redisons-le, l'augmentation des dépenses de santé est quasi inéluctable du fait du vieillissement de la population. La solution, à notre avis, n'est pas une nouvelle cure d'austérité. Pour retrouver l'équilibre de l'assurance maladie et améliorer durablement l'accès aux soins, il y a deux pistes durables : une augmentation des recettes et une baisse du nombre de maladies évitables par une politique de prévention et de santé environnementale ambitieuse. À chaque PLFSS, le groupe Écologiste et Social a fait des propositions en ce sens.

Sur les recettes, d'abord, le rapport de la Cnam montre que les taxes comportementales, d'une part, et la baisse des allègements généraux, d'autre part, contribuent à la baisse du déficit en 2026. Tant mieux, mais nous pouvons aller encore plus loin. En 2024, selon un rapport du Sénat, il y avait encore 34,1 milliards d'euros d'allègements non compensés.

Concernant la prévention, le groupe Écologiste et Social se félicite que le rapport de la Cnam mette l'accent sur la prévention, et notamment sur la génération sans tabac, qui est une proposition de notre groupe, ainsi que sur le Nutriscore. Mais en même temps, le Gouvernement démantèle Santé publique France au prétexte que ses campagnes sur l'alcool auraient déplu au Président de la République, le Parlement fait voter la loi Duplomb et renonce à l'obligation du Nutriscore.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Monsieur le directeur général, comme vous le savez, je partage pleinement votre volonté de construire un véritable système de prévention, mais je m'interroge sur certaines modalités et, comme vous, je souhaite une politique plus volontariste. Si j'ose dire, bienvenue parmi ceux qui souhaitent rendre obligatoire l'affichage du Nutriscore et ceux qui souhaitent lutter pour une meilleure qualité nutritionnelle des aliments, contre le sucre et contre les aliments ultra-transformés.

Je m'interroge sur les mesures concernant le dépistage des troubles chez les jeunes enfants. Vous proposez notamment de développer le dépistage des enfants en mobilisant davantage les médecins de ville. Ne serait-ce pas le symptôme d'une organisation insuffisamment structurée ? Ne faudrait-il pas plutôt renforcer les dispositifs qui ont précisément cette vocation, comme la PMI ou la médecine scolaire ? Est-ce vraiment le rôle d'un système d'assurance qui concerne le soin de prendre en charge le système de prévention ?

Enfin, je suis assez surpris que vous n'évoquiez pas plus l'intelligence artificielle dans ce rapport, alors qu'elle permettrait d'améliorer l'organisation du système de soins, de rendre les soins plus efficaces et d'assurer une prévention beaucoup plus personnalisée. Les acteurs privés développent à grande vitesse des applications et il serait nécessaire que l'assurance maladie s'y intéresse.

M. François Gernigon (HOR). Monsieur le directeur général, le groupe Horizons & Indépendants partage le diagnostic de votre rapport, qui constate un déficit de la branche maladie estimé à 13,8 milliards d'euros en 2026, une progression des maladies chroniques qui concernera près d'une personne sur deux à l'horizon 2035 et des dépenses de santé qui, sans inflexion, approcheraient 260 milliards d'euros en 2030.

Face à cela, vous proposez près de 4 milliards d'euros d'économies et quarante propositions. Vous proposez une trajectoire pluriannuelle plutôt que des rabots annuels, un objectif que nous partageons. Encore faut-il que le Parlement réussisse, en l'état actuel, à se mettre d'accord sur une trajectoire pluriannuelle qui sera soutenue par une majorité.

C'est la deuxième année consécutive que votre rapport propose 4 milliards d'euros d'économies. Avant d'examiner le millésime 2027, nous souhaiterions connaître le bilan du précédent rapport : combien de vos propositions pour 2026 ont-elles trouvé une traduction dans la loi de financement et pour quel rendement constaté à mi-année ?

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le directeur général, messieurs, il faut souligner la qualité du rapport et notamment son apport s'agissant des territoires dits d'outre-mer. On peut également saluer la place déterminante accordée à la prévention, qui appelle toutefois une politique publique structurée et planifiée au lieu d'être ajustée par à-coups à travers quelques mesures ciblées par chaque PLFSS.

S'agissant de la croissance des indemnités journalières, on ne peut pas continuer à ignorer les facteurs multiples, comme le vieillissement de la population active, la progression des maladies chroniques, la faible prise en charge de la santé au travail, les conditions de travail dégradées induisant des troubles musculosquelettiques, des risques psychosociaux et la dégradation de la santé mentale au travail. En outre, le rapport n'évoque pas la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui incombe à la branche maladie et qui a été évaluée entre 2 et 3,8 milliards d'euros en 2024.

En ce qui concerne le transfert de charges vers les organismes complémentaires, cette approche purement budgétaire nous semble avoir atteint ses limites. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a largement documenté les effets délétères pour les assurés sociaux des augmentations de tickets modérateurs ou de tout report de prise en charge de l'assurance maladie vers les complémentaires. Or, ce report ne coûte pas seulement cher aux assurés sociaux, mais également aux finances publiques, puisque plus de 50 % des frais de gestion du système de santé sont le fait des complémentaires santé, alors qu'elles remboursent huit fois moins de soins que la sécurité sociale. La création d'un contrat socle ne fait qu'entériner cette logique selon laquelle une assurance privée est désormais incontournable. Par ailleurs, je regrette que, bien que vous ayez parlé de juste soin au juste prix, il n'y ait absolument rien sur les dépassements d'honoraires, alors que de nombreux rapports sont sortis sur le sujet.

M. Nicolas Turquois, président. Nous en venons aux questions des autres députés.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Monsieur Fatôme, vous ne dites rien dans votre rapport du fiasco Arpège, ce logiciel dont le déploiement a été suspendu après avoir coûté entre 37 et 56 millions d'euros et qui a plongé des dizaines de milliers d'assurés dans des difficultés considérables – indemnités journalières non versées, pertes de revenus, etc. Malgré mes multiples interpellations, vous refusez toujours d'apporter des réponses précises et le président Valletoux nous refuse une commission d'enquête à ce sujet.

Dans le même temps, votre rapport reconnaît que les complémentaires santé deviennent toujours plus chères, qu'elles excluent de plus en plus les plus modestes et pénalisent les retraités. Pourtant, vous proposez un contrat complémentaire strictement responsable, c'est-à-dire une couverture minimale. Assumez-vous de faire de l'assurance maladie un système à deux vitesses ?

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP). Monsieur le directeur général, votre rapport prévoit des milliards de coupes budgétaires, tout en reconnaissant que les habitants des territoires dits d'outre-mer connaissent davantage de maladies chroniques et plus de difficultés d'accès aux soins. Votre rapport propose un grand plan consacré au diabète dans

les outre-mer ainsi qu'un alignement strict du taux de sucre dans les produits vendus dans nos territoires. Vous proposez aussi de renforcer les dépistages, les actions d'aller vers et le dispositif Mon Soutien psy. Comment la Cnam compte-t-elle adapter concrètement ces dispositifs aux populations les plus éloignées des soins, avec quel calendrier et quels moyens ?

Ma seconde question porte sur les économies annoncées. Comment garantissez-vous qu'elles ne réduiront ni les remboursements, ni les actions de prévention, ni les moyens consacrés aux territoires dits d'outre-mer ?

M. Michel Lauzzana (EPR). Monsieur le directeur général, je voulais vous interroger sur la désescalade thérapeutique. C'était un amendement que j'avais porté, qui avait été refusé par les services de l'Assemblée nationale au motif qu'il s'agissait d'une expérimentation créant une charge. Vous pourriez peut-être le reprendre avec Unicancer, car je crois que les bénéfices de la désescalade sont immédiats en termes de pertinence des soins. On sait que cela peut générer des économies, mais aussi réduire les effets délétères des traitements.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Monsieur le directeur général, je voudrais pousser un cri d'inquiétude et de colère qui vient de la ruralité. On nous a expliqué il y a quelques décennies que cela coûtait trop cher de maintenir des services et des spécialités dans les hôpitaux et que ce serait compensé par les transports sanitaires. Aujourd'hui, on est en train de nous dire que les transports sanitaires coûtent trop cher. En réalité, un nombre incalculable de personnes n'ont pas accès aux soins ou y renoncent. C'est quelque chose qui n'est tout simplement plus entendable. Quand on dit que certains hôpitaux, notamment les petits, ont des problèmes d'actes, oui, ils ont des problèmes d'actes parce qu'ils n'ont pas de médecin en face pour pouvoir les réaliser. C'est ce qui se passe notamment dans mon hôpital à Sarlat.

Vous parlez de l'expérimentation, notamment en santé mentale. Nous venons de rédiger un rapport sur ce sujet avec ma collègue Élise Leboucher. Il faut mettre en place des équipes mobiles, mais il faut raisonner en appliquant un coefficient de ruralité, car le temps passé auprès d'un patient n'est pas le même quand on est en ville et quand on doit faire trente ou quarante minutes de transport pour aller voir un patient. Cela engendre une inégalité de temps passé auprès du patient, ce qui est un vrai problème aujourd'hui.

Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR). Monsieur le directeur général, merci et bravo pour ce rapport particulièrement dense, riche de propositions et de préconisations. Nous prendrons nos responsabilités pour les examiner, mais je trouve très positif d'avoir des administrations qui arrivent avec des recommandations étayées.

Je voudrais concentrer mon propos sur la nourriture ultra-transformée. Comme vous le savez, un rapport du Sénat a établi une première évaluation, chiffrant à 11,7 milliards d'euros les coûts récurrents pour la sécurité sociale. Est-ce une évaluation que vous reprenez également ?

Second élément, avez-vous engagé un travail ou une évaluation sur ce que pourraient être des actions hors de votre champ direct, mais qui, en raison de leur pression sur vos dépenses, peuvent être intéressantes ? Je pense notamment aux actions dans les écoles, auprès des parents ou des recommandations à la PMI. Travaillez-vous avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), qui elle-même a été saisie de ce sujet ?

Mme Christine Le Nabour (EPR). Les questions que je voulais soulever ayant déjà été posées, je vais simplement mettre en exergue les sujets qui m'importent. Il s'agit du dispositif Asalée, de la régulation des installations des masseurs-kinésithérapeutes et, bien sûr, de la santé mentale des enfants, en articulation avec la protection de l'enfance.

M. Thomas Fâtome. Je vous remercie d'abord pour un certain nombre de retours positifs sur la qualité du rapport. Ce sont évidemment des retours importants.

Ce rapport propose une stratégie pluriannuelle, un investissement dans la prévention et l'organisation. C'est tout le contraire d'un rabot. Si l'on vise le juste soin au juste prix, cela signifie que certains prix ne sont peut-être pas justes et méritent d'être baissés. Je ne sais pas si l'on doit appeler cela un rabot, mais c'est en tout cas ainsi que nous situons notre action.

Je réaffirme notre plein soutien au dispositif Asalée, dispositif pertinent de coopération médecins-infirmiers, qui a d'ailleurs été étendu grâce au soutien financier en très forte augmentation de l'assurance maladie, puisque 100 millions d'euros par an sont désormais dédiés au salariat de près de 2 000 infirmiers auprès de plusieurs milliers de médecins. Pour autant, vous connaissez les constats posés par l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport sur les errements de la gestion et de la gouvernance d'Asalée, qui ont justifié sa mise en redressement judiciaire. Il est indispensable que l'association Asalée retrouve un mode de gestion respectueux des règles de bonne gestion et de la commande publique. C'est ce à quoi les administratrices judiciaires qui ont été nommées s'emploient, et nous sommes en dialogue régulier avec elles.

En ce qui concerne les pénuries de médicaments, on peut souligner les avancées mises en œuvre grâce à la feuille de route des ministres sur ce sujet, sachant que le prix n'est pas le seul motif des difficultés en la matière.

Sur le contrôle des arrêts de travail, le rapport fait un point détaillé sur les mesures mises en œuvre, qui permettent notamment, pour le contrôle des médecins surprescripteurs, des baisses de 15 % à 30 % des montants et des volumes d'arrêts de travail prescrits.

Vous avez été nombreux à évoquer les sujets de santé environnementale. Je confirme notre engagement en la matière. Nous agissons en coordination étroite avec l'Anses, le ministère de la santé et, évidemment, le ministère de l'environnement. Notre rôle est d'apporter une plus-value sur les données, une capacité d'action sur le territoire, de mobiliser les délégués de l'assurance maladie et d'être en appui de ces démarches. C'est le cas aussi sur tous les sujets de l'alimentation, comme vous l'avez rappelé.

Notre rôle vis-à-vis de la PMI et de la médecine scolaire consiste à venir en appui. Nous pouvons travailler avec les orthophonistes et les orthoptistes pour permettre l'intervention de ces professionnels de santé libéraux dans les écoles, en soutien de la médecine scolaire et de la Pmi. Je crois que cette complémentarité est au rendez-vous et recherchée.

Nous avons estimé qu'environ 50 % des propositions de notre rapport de l'an dernier ont été appliquées ou sont en cours d'application. Cela nous semble être une proportion intéressante.

Nous n'avons pas évoqué la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, car ce sujet fait l'objet de travaux tous les trois ans par une commission

présidée par un magistrat de la Cour des comptes. Je crois que le prochain rapport sera publié l'année prochaine.

Je peux revenir sur Arpège, madame la députée Amiot. Vous connaissez notre feuille de route, la remise en ordre qui s'est faite dans les deux caisses concernées et la perspective d'un nouvel applicatif, Sola, qui remplacera Arpège d'ici la fin de l'année 2026.

Monsieur le député Lauzzana, vous m'avez interrogé sur la désescalade thérapeutique. J'espère que le Parlement se saisira à nouveau de ce sujet, car nous pensons qu'il est important, mais il faut agir en la matière avec les médecins, avec Unicancer, avec l'Inca et l'ensemble des parties prenantes.

Enfin, je voudrais dire un mot des territoires ruraux, des transports et des « petits hôpitaux ». Nous le redisons, une part de l'augmentation des transports sanitaires est normale, liée au déploiement de l'ambulatoire et à l'évolution du maillage hospitalier. Le fait que nous ayons aujourd'hui 40 000 taxis conventionnés avec l'assurance maladie et des dizaines de milliers de véhicules sanitaires légers et d'ambulances montre notre souhait de garantir l'accès à cette chaîne de l'offre de soins. Néanmoins, une part de cette dépense peut être mieux maîtrisée, et c'est ce que nous nous efforçons de faire depuis plusieurs années.

La réunion s'achève à douze heures cinquante.

Présences en réunion

Présents. – Mme Ségolène Amiot, M. Thibault Bazin, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Jérôme End, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, M. François Gernigon, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Élise Leboucher, Mme Brigitte Liso, M. Pierre Marle, Mme Joëlle Mélin, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Nicolas Turquois

Excusés. – Mme Anchya Bamana, Mme Béatrice Bellay, M. Louis Boyard, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karine Lebon, M. Frédéric Valletoux, M. Stéphane Viry