

# ASSEMBLÉE NATIONALE

17<sup>e</sup> LÉGISLATURE

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

- Examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à étendre l'aide médicale de l'État à Mayotte (n° 1239) (Mme Estelle Youssouffa, rapporteure)..... 2
- Examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile (n° 1373) (M. Paul-André Colombani, rapporteur)..... 2
- Examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à généraliser la connaissance et la maîtrise des gestes de premiers secours tout au long de la vie (n° 1375) (M. Salvatore Castiglione, rapporteur)..... 3
- Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie ..... 3
- Audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur la note de synthèse « Maîtriser la progression de l'Ondam » ..... 18
- Examen, en application de l'article 91 du Règlement, des amendements aux articles 1<sup>er</sup> à 6 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (n° 1364) (Mme Brigitte Liso et M. Laurent Panifous, rapporteurs) ..... 38
- Informations relatives à la commission ..... 39
- Présences en réunion..... 40

Mercredi  
14 mai 2025  
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 85

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

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



*La réunion commence à neuf heures.*

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

*La commission procède d'abord à l'examen, en application de l'article 88 du Règlement, des amendements à la proposition de loi visant à étendre l'aide médicale de l'État à Mayotte (n° 1239) (Mme Estelle Youssouffa, rapporteure).*

*La commission a **repoussé** tous les amendements.*

\*

*La commission examine ensuite, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile (n° 1373) (M. Paul-André Colombani, rapporteur).*

*La commission a **accepté** les amendements figurant dans le tableau ci-après (\*) :*

| N° | N° Id | Auteur                     | Groupe  | Place           |
|----|-------|----------------------------|---------|-----------------|
| 10 |       | M. COLOMBANI Paul-André    | LIOT    | 1 <sup>er</sup> |
| 22 | X     | M. COLOMBANI Paul-André    | LIOT    | 2               |
| 23 | 22    | M. PANIFOUS Laurent        | LIOT    | 2               |
| 29 | 22    | Mme GARIN Marie-Charlotte  | EcoS    | 2               |
| 30 | 22    | Mme LEBON Karine           | GDR     | 2               |
| 31 | 22    | M. SIMION Arnaud           | SOC     | 2               |
| 38 | 22    | M. CECCOLI François-Xavier | DR      | 2               |
| 47 | 22    | Mme LEPVRAUD Murielle      | LFI-NFP | 2               |
| 11 |       | M. COLOMBANI Paul-André    | LIOT    | 2               |

*(\*) Les autres amendements étant considérés comme **repoussés**.*

\*

*La commission examine ensuite, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de loi visant à généraliser la connaissance et la maîtrise des gestes de premiers secours tout au long de la vie (n° 1375) (M. Salvatore Castiglione, rapporteur).*

*La commission a **accepté** les amendements figurant dans le tableau ci-après (\*) :*

| N° | N° Id | Auteur                   | Groupe  | Place               |
|----|-------|--------------------------|---------|---------------------|
| 28 |       | Mme SOUDAIS Ersilia      | LFI-NFP | Ap. 1 <sup>er</sup> |
| 21 |       | Mme HAMDANE Zahia        | LFI-NFP | 2                   |
| 45 |       | M. CASTIGLIONE Salvatore | LIOT    | Ap. 2               |
| 44 |       | M. CASTIGLIONE Salvatore | LIOT    | 3                   |

*(\*) Les autres amendements étant considérés comme **repoussés**.*

\*

*Puis la commission auditionne M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.*

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous accueillons aujourd'hui Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, pour cette audition qui sera notamment consacrée à la convention médicale.

**M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).** Je vous rappelle que la convention a été signée en juin 2024 et mise en œuvre au mois de décembre. Ce texte est l'aboutissement de dix-huit mois de négociations, lancées à l'automne 2022 et qui ont connu un premier échec au début de l'année 2023, avant d'être relancées à l'automne 2023. Le résultat est un accord qui engage l'assurance maladie et les médecins libéraux sur une période de cinq ans, de 2024 à 2028. Cette convention a été signée par cinq syndicats de médecins, ainsi que par les organismes complémentaires.

La structure de cette convention s'articule autour de quatre piliers, à savoir l'attractivité, la transformation des modes de rémunération, l'accès aux soins et la qualité et la pertinence des soins.

Concernant l'attractivité, l'objectif est d'envoyer un signal fort aux médecins libéraux sur l'importance de l'installation en libéral. Les médecins généralistes sont donc des acteurs clés de l'accès aux soins dans notre pays, dans un contexte de tension démographique médicale. Un investissement de 1,6 milliard d'euros est prévu sur la durée de la convention, avec une première étape significative d'environ 1 milliard d'euros pour l'année 2025. Des mesures importantes sont également prévues pour certaines spécialités cliniques, traditionnellement moins bien rémunérées parmi les médecins spécialistes, telles que la pédiatrie et la psychiatrie. Cette attractivité est étroitement liée à la nécessité pour la sécurité sociale de faire évoluer ses tarifs. Bien que les revenus des médecins libéraux soient

relativement élevés, il faut noter que le revenu des médecins généralistes a diminué en 2022 et est resté stable en 2023. Cette revalorisation des tarifs était donc indispensable pour éviter des augmentations tarifaires non contrôlées ou des phénomènes de déconventionnement. Cette convention porte également l'accompagnement d'une réforme majeure de la nomenclature des actes techniques. La nouvelle nomenclature fait l'objet de travaux depuis 2021, et la convention prévoit l'accompagnement de cette nouvelle nomenclature, notamment à travers des négociations prévues en 2026.

S'agissant du deuxième pilier, il convient de préciser que la rémunération repose à la fois sur l'activité et sur des mécaniques forfaitaires. De ce point de vue, la convention médicale porte deux grandes évolutions. Premièrement, la simplification des rémunérations forfaitaires autour du forfait médecin traitant implique la suppression de la rémunération sur objectif de santé publique. Deuxièmement, des groupes de médecins auront désormais la possibilité d'opter pour un mode de rémunération alternatif basé sur la capitation.

Le troisième pilier concerne les engagements en matière d'accès aux soins. Pour la première fois, la convention médicale fixe des objectifs chiffrés collectifs pour les médecins libéraux. Ces engagements portent sur divers aspects : augmentation du recrutement d'assistants médicaux, accroissement de la patientèle des médecins traitants, réduction des délais d'accès chez les spécialistes, renforcement de l'installation dans les zones sous-denses, amélioration de la couverture de la permanence des soins et du service d'accès aux soins.

Le quatrième pilier se concentre sur la qualité et la pertinence des soins, en lien direct avec les enjeux de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Des objectifs chiffrés sont établis pour la très grande majorité des prescriptions des médecins libéraux : arrêts de travail, médicaments, dispositifs médicaux, examens de biologie et de radiologie, transports, et respect des ordonnances.

Concernant la mise en œuvre, il convient de souligner que nous sommes au début du processus. Les délégués de l'assurance maladie ont rencontré individuellement les médecins libéraux entre décembre et avril et cette démarche a contribué à rétablir un climat de confiance et une capacité de collaboration avec les médecins libéraux. Nous avons également commencé à décliner les éléments prévus dans le texte conventionnel. Le cahier des charges sur la capitation offre un cadre clair aux médecins souhaitant adopter ce nouveau mode de rémunération. Enfin, cette convention permet de pérenniser les équipes de soins spécialisés, notamment en cardiologie et dermatologie. Ces initiatives visent à fournir une réponse coordonnée aux médecins traitants, intégrant télésanté, accompagnement territorial et collaboration avec l'hôpital et les autres acteurs de santé. L'objectif est que ces équipes deviennent des acteurs dans l'organisation des parcours de soins. Nous estimons que la mise en place de systèmes de télé-expertise et de téléconsultation améliorera significativement le parcours de soins et la coordination des soins entre médecins généralistes et spécialistes.

Un autre aspect important validé avec les médecins libéraux concerne les groupes d'analyse des pratiques. Ce dispositif, déjà présent dans certaines régions, réunit mensuellement une dizaine de médecins pour échanger sur leurs pratiques et les faire évoluer en fonction des dernières innovations. Les évaluations démontrent l'efficacité de cette approche basée sur l'échange entre pairs. La convention vise à généraliser ces groupes d'analyse.

Pour mesurer l'efficacité de ces engagements en matière d'accès aux soins, de qualité et de pertinence des soins, nous avons mis en place deux observatoires en décembre et février. Dans les semaines à venir, nous lancerons un site d'*open data* sur l'accès aux soins, qui offrira des informations détaillées aux échelons national, régional et départemental. Cette transparence est nécessaire pour toutes les parties prenantes.

Concernant la mise en œuvre concrète, plusieurs actions sont engagées. Pour les arrêts de travail, par exemple, nous avons développé un dispositif appelé SOS-IJ qui vise à accompagner les médecins libéraux face à des problématiques d'arrêts de travail. Ce service, testé à Lyon et à Chartres, a vocation à être généralisé au second semestre. Nous avons également travaillé sur le bon usage des antalgiques, en introduisant des ordonnances spécialisées. De même, nous avons renforcé l'accompagnement pour la prescription des médicaments contre le diabète. En matière d'accès aux soins, la convention médicale porte des dispositions d'assouplissement du dispositif des assistants médicaux, dont la dynamique s'est accélérée dans le courant de l'année 2024. Nous continuons à promouvoir ce dispositif, particulièrement auprès des médecins généralistes.

Pour 2026, plusieurs évolutions importantes sont prévues. Nous simplifierons les aides à l'installation en bonifiant le forfait médecin traitant de 10 % pour tous les médecins exerçant en zone d'intervention prioritaire. Nous introduirons également les consultations longues, notamment pour les personnes âgées. Enfin, nous poursuivrons le travail sur la nouvelle nomenclature des actes techniques, qui donnera lieu à des négociations sur la hiérarchisation et la tarification des actes.

La mise en œuvre de cette convention mobilise fortement l'assurance maladie, en étroite collaboration avec nos partenaires conventionnels. Nous nous engageons à rendre visibles les résultats progressivement et à vous en rendre compte régulièrement.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Disposez-vous des outils législatifs nécessaires pour atteindre les quinze objectifs de cette convention ? Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous préciser ceux qui nécessitent une modification de la loi ?

Le programme de pertinence de la prescription des transports sanitaires et des actes d'imagerie et de biologie médicale a suscité des inquiétudes légitimes chez les assurés sociaux et les professionnels. Où en sont les négociations avec les acteurs concernés ?

La Cour des comptes estime que le dispositif de suivi des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses est « *insuffisant au regard des enjeux financiers* ». Elle propose de renforcer ce suivi par la mise en place d'un rendez-vous annuel entre les parties prenantes et un dialogue renforcé entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins. Que répondez-vous à ce constat et à ces propositions ? Envisagez-vous de modifier le suivi de la convention médicale en conséquence ?

Concernant la médecine de ville, pouvez-vous nous préciser les montants mobilisés annuellement et leurs effets respectifs sur la décision d'installation d'un praticien ? Serait-il pertinent de proposer des mesures complémentaires de soutien ?

S'agissant du médecin traitant, le forfait médecin traitant est prévu pour le 1<sup>er</sup> janvier 2026, en remplacement des dispositifs de rémunération existants. La Cnam dispose-t-elle d'éléments sur les coûts anticipés de ces changements ? Quels sont les résultats attendus en termes de patients supplémentaires bénéficiant d'un médecin traitant ?

Enfin, j'attire votre attention sur l'article 41 de la convention nationale. De nombreux médecins viennent de recevoir leur nouveau contrat « Option pratique tarifaire maîtrisée » (Optam), avec des taux qui semblent pénaliser certains praticiens ayant pourtant respecté leurs engagements. Serait-il possible d'analyser rapidement cette situation et de corriger, si nécessaire, l'application de cette mesure afin d'éviter qu'elle ne devienne contre-productive ?

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

**Mme Sandra Delannoy (RN).** La fraude sociale constitue une trahison du pacte républicain. Bien que des progrès aient été réalisés, les chiffres demeurent préoccupants : 628 millions d'euros de fraude ont été détectés et stoppés, un montant en hausse de 35 % par rapport à 2023. Cependant, seuls 32 millions ont été recouvrés. Comment justifier l'efficacité du système si 88 % des sommes détournées ne sont jamais restituées ?

La Cnam dispose-t-elle aujourd'hui des moyens juridiques et techniques de recouvrement à la hauteur des enjeux ? Par ailleurs, les fraudes les plus importantes sont souvent le fait de réseaux basés à l'étranger ou de professionnels de santé. Ne pourrions-nous pas instaurer une certification systématique des coordonnées bancaires avant tout paiement ? La généralisation des contrôles ciblés ne devrait-elle pas être renforcée dans ces secteurs ? Qu'en est-il de l'efficacité de vos dispositifs de prévention ? L'accompagnement des jeunes professionnels de santé est nécessaire, mais on constate parallèlement une explosion des fraudes aux audioprothèses, dans les centres de santé ou aux arrêts maladie. Comment comptez-vous prévenir la fraude chez les professionnels de santé sans les discriminer ?

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Notre groupe est convaincu de la nécessité d'une médecine de ville forte, avec les médecins traitants au cœur de la prise en charge des patients. Ces six dernières années ont vu une augmentation nette des dépenses d'assurance maladie, avec 66 milliards d'euros supplémentaires en sept ans.

Sachant que le nombre de médecins salariés augmente et que les médecins exerçant dans les établissements de santé ne sont pas concernés par cette convention, combien de médecins sont effectivement concernés par les négociations conventionnelles ? Observe-t-on une diminution de ce nombre ?

Prenons l'exemple d'un médecin souhaitant travailler à la fois à l'hôpital, en ville et en centre de santé. Ce médecin serait soumis à trois modes de rémunération différents. Ne serait-il pas judicieux de faire évoluer ces modes de rémunération vers une convergence ? Pourrait-on envisager que l'ensemble des médecins de notre pays puisse participer aux négociations conventionnelles avec la Cnam ?

Au sein de cette convention médicale, existe-t-il des mesures visant à encourager le travail pluriprofessionnel ? Y a-t-il des incitations pour que les médecins collaborent avec ces infirmières de pratiques avancées ?

Pour conclure, existe-t-il des mesures pour favoriser le développement de l'innovation, notamment dans les domaines de la télémédecine et de l'intelligence artificielle, qui vont rapidement transformer les pratiques ?

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Concernant la convention médicale, vous avez évoqué trois leviers majeurs. Au vu des premières évaluations, pouvez-vous affirmer que ces mesures ont effectivement permis de revaloriser la médecine de ville et de lutter contre les inégalités territoriales ? N'ont-elles finalement réussi qu'à maintenir le statu quo ? Disposez-vous déjà de données issues de l'observatoire de l'accès aux soins ?

Deuxièmement, j'aimerais revenir sur la disposition législative relative au service du contrôle médical, rejetée par notre commission, réintroduite dans la navette, puis censurée par le Conseil constitutionnel. Pourriez-vous nous expliquer à nouveau en quoi cette réforme vous semble si indispensable à l'efficacité et à la qualité du système, alors que certains acteurs de terrain nous font part d'un avis divergent ?

Enfin, vous avez récemment fait allusion au rapport « Charges et produits », présenté comme un plan d'action utile pour résorber le déficit de l'assurance maladie. Pouvez-vous nous préciser le calendrier afin que nous puissions préparer le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sans attendre la mi-juillet ?

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Cette nouvelle convention médicale prévoit une augmentation du tarif des consultations de 26,50 à 30 euros. Vous affirmez vouloir améliorer l'accès aux soins, mais cette approche me semble erronée. Augmenter la rémunération des médecins ne résout en rien leurs conditions de travail. Quel que soit le prix de la consultation, le nombre de patients par médecin continue d'augmenter et les conditions de travail restent éprouvantes. La véritable solution réside dans le rétablissement de l'obligation de participation à la permanence des soins ou dans la facilitation de l'accès à la première année de médecine pour chaque département. Ces mesures permettraient d'améliorer à la fois les conditions de travail des médecins et l'accès aux soins pour tous.

Le récent rapport de la Défenseure des droits met en lumière les discriminations subies par les personnes les plus précaires dans leur parcours de soins. Refus de prise en charge et renoncement aux soins affectent aujourd'hui une part importante de la population, et devraient être au cœur de vos préoccupations.

Le tarif de la consultation a déjà augmenté de plus de 50 % en vingt ans, et les restes à charge explosent : 274 euros par an en moyenne, plus de 800 euros pour les patients en ALD, 2 500 euros pour les personnes en situation de handicap. Avec l'augmentation des tarifs des consultations, la part prise en charge par les complémentaires, qui s'élève à 30 %, augmente également. Il en résulte une diminution des frais couverts, un reste à charge alourdi et de nouveaux renoncements aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité.

De plus, certains dispositifs montrent des dysfonctionnements, comme Arpège en Loire-Atlantique, privant les familles de leurs remboursements et de leurs droits. Arpège, site sous-traité au privé, n'assure plus les remboursements des frais médicaux.

Face à cette précarité, vous exprimez des réserves quant aux mécanismes coercitifs et vous vous opposez au rétablissement de la permanence des soins. Vous rejetez toute forme de régulation. Mais en quoi pensez-vous que la hausse de la prestation constituerait une réponse au déficit d'attractivité des professions médicales, alors que l'on compte 27 000 places ouvertes dans ces professions pour 900 000 candidatures ?

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Je souhaite vous interroger sur les conséquences de la nouvelle convention pluriannuelle de l'assurance maladie visant à réduire ses dépenses de transports sanitaires et de taxis conventionnés.

Le vieillissement de la population, le développement de l'hospitalisation à domicile et de jour, ainsi que l'éloignement croissant des structures de soins accentuent les besoins en transport, tant partagé qu'individuel. Si le transport partagé peut être privilégié, il doit être organisé. Le transport individuel, quant à lui, demeure indispensable dans de nombreuses situations. Il est donc essentiel de pouvoir répondre à chaque assuré en fonction de sa situation spécifique.

Les artisans taxis nous ont alertés, estimant que la réalité économique de leur activité n'est pas prise en compte dans la nouvelle grille tarifaire, ce qui risque d'affaiblir l'offre. Cette situation est préoccupante, car dans de nombreuses zones rurales, les taxis conventionnés représentent souvent l'unique solution de transport pour les personnes âgées et vulnérables nécessitant des soins réguliers. La disparition de ces services aggraverait considérablement la fracture sanitaire que nous subissons dans les campagnes délaissées par les services publics. Nous comprenons la nécessité de rationaliser les dépenses publiques, mais la santé ne peut devenir une variable d'ajustement budgétaire.

Quelles mesures envisagez-vous pour garantir la pérennité économique des taxis conventionnés, qui constituent un maillon vital du système de santé français, en particulier dans les territoires ruraux comme la Loire ?

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Depuis octobre dernier, la Cnam veut intégrer les médecins, infirmiers et techniciens du service du contrôle médical au sein des caisses d'assurance maladie.

Le contrôle médical joue un rôle essentiel. Il permet à la sécurité sociale de vérifier que le salarié est à son domicile et que son état de santé justifie l'arrêt de travail prescrit. De plus, le médecin-conseil accompagne les professionnels de santé ainsi que les assurés en matière de prévention, un sujet au cœur de votre convention 2024-2029. Il est donc essentiel que le médecin-conseil de la sécurité sociale conserve son indépendance. Or, nous craignons que l'objectif de cette réforme soit de contraindre les médecins à limiter les arrêts de travail et d'exiger des médecins du contrôle médical qu'ils fassent du chiffre. L'intersyndicale de la Cnam s'y oppose unanimement, et nous avons été largement interpellés sur le sujet.

Je rappelle que l'Assemblée nationale a voté contre lors de l'examen du PLFSS 2025, un rejet confirmé par notre commission en janvier. Après que le Gouvernement eut réintroduit la réforme dans la version du PLFSS adoptée par le biais de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Conseil constitutionnel a jugé l'article ainsi réintroduit contraire à la Constitution. Malgré cela, en avril, le Gouvernement a persisté en demandant au Conseil constitutionnel de requalifier cette disposition législative en disposition réglementaire. Cet entêtement nous interpelle et illustre une tendance du macronisme et de la haute administration. Vous n'écoutez plus les salariés, vous ne tenez plus compte des avis des syndicats, vous ne respectez pas les votes de l'Assemblée nationale, et maintenant vous tentez de tordre le bras au Conseil constitutionnel.

Expliquez-nous pourquoi vous voulez changer ce dispositif. Prenez-vous l'engagement de renoncer à cette réforme et de respecter le Parlement ? Je rappelle que depuis 1945, la Cnam et l'ensemble de la sécurité sociale appartiennent aux travailleurs, et non au Gouvernement.

Concernant la convention, je salue néanmoins l'amorce d'une sortie de la tarification à l'acte, avec la possibilité d'une rémunération forfaitaire.

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** La convention médicale, signée il y a un an et entrée en vigueur récemment, a suscité des réactions mitigées au sein du corps médical. Force est de constater que les tensions concernant le modèle de la médecine libérale et ses réponses aux défis sociétaux persistent malgré cette convention.

Je souhaite me concentrer sur les modes d'exercice, leur attractivité et leur évolution. Quels sont les objectifs de cette convention ? Nous observons une évolution dans le mode d'exercice des jeunes médecins. Disposez-vous de données concrètes sur ces changements ? Il semblerait qu'ils s'installent plus tardivement, qu'ils aspirent à un exercice moins contraignant, qu'ils exercent davantage de façon ponctuelle et non en médecin de famille. Cette tendance pourrait être renforcée par la mise en place d'une permanence de soins, où les médecins d'une maison de santé pluriprofessionnelle ne seraient plus seuls responsables de leur propre permanence, celle-ci étant répartie sur d'autres médecins.

Le mode d'exercice traditionnel semble s'estomper, fragilisant la médecine libérale. Cette fragilisation pourrait s'accroître si la proposition de loi que nous avons récemment examinée était adoptée. La médecine de ville englobe à la fois les médecins généralistes et spécialistes, qu'ils exercent en libéral ou en tant que salariés. Pouvez-vous nous fournir des chiffres précis sur la répartition entre ces deux modes d'exercice et l'évolution de ces chiffres ces dernières années ? Avez-vous des données sur le nombre de patients ayant déclaré comme médecin traitant un praticien exerçant en libéral ou en mode salarié ? Quelle est la productivité comparée de ces deux modes d'exercice ?

Un mode d'activité et de rémunération populationnelles, et non à l'acte, est actuellement expérimenté dans le cadre de l'article 41 pour la pratique infirmière. Envisagez-vous d'expérimenter cette pratique à l'exercice médical ?

**M. François Gernigon (HOR).** Cette audition nous offre l'opportunité de faire le point sur la mise en œuvre de la convention médicale 2024-2029, mais également d'aborder plus largement les grands équilibres de l'assurance maladie et les leviers pour en assurer la soutenabilité.

La convention porte des mesures importantes et cette dynamique répond à des attentes fortes des professionnels et des patients. Cependant, elle s'inscrit dans un contexte budgétaire tendu. Vous avez récemment souligné que notre système d'assurance maladie avait perdu de sa soutenabilité financière, avec un déficit prévu pour 2025 dépassant les 15 milliards d'euros.

La Cour des comptes a identifié plusieurs leviers d'action, notamment la forte hausse des arrêts de travail, qui ont augmenté de 56 % en cinq ans, et les fraudes, dont les montants détectés dépassent 350 millions d'euros pour les professionnels de santé en 2023.

Il est également important d'interroger la place de la prévention. Celle-ci ne représente que 5 % des 325 milliards d'euros de dépenses de santé, alors qu'elle devrait constituer un levier majeur de maîtrise des coûts. Paradoxalement, malgré 16 milliards d'euros consacrés à la prévention, les dépenses continuent d'augmenter. Cela soulève une question simple : quel niveau ou quel ciblage d'investissement en prévention permettrait enfin d'infléchir cette trajectoire ?

Dans ce contexte, plusieurs interrogations se posent. Disposez-vous d'éléments permettant d'identifier les types d'investissement en prévention réellement efficaces pour contenir la dépense de santé ? Comment envisagez-vous d'agir, au-delà du contrôle individuel, pour mieux encadrer leur croissance ? Quel levier jugez-vous prioritaire pour renforcer la détection et la prévention des fraudes, notamment chez les professionnels de santé ?

**M. Stéphane Viry (LIOT).** J'ai pris note des axes convenus en termes de revalorisation du métier, d'amélioration de l'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, notamment sur les prescriptions non médicamenteuses.

Je tiens tout d'abord à m'associer aux questions soulevées par notre collègue Bonnet concernant les transports sanitaires, ainsi qu'aux interrogations sur le service médical à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 28 février 2025 relative au démantèlement de ce service.

Concernant les prescriptions non médicamenteuses, on nous répète depuis longtemps que notre système de santé traverse une période charnière où la prévention doit prendre le pas sur le tout curatif. Le sport sur ordonnance constitue une avancée législative significative permettant de prescrire à près de 11 millions de patients des prestations de retour à la santé par le sport. Cependant, le sport sur ordonnance n'est toujours pas remboursé par l'assurance maladie, seules certaines mutuelles le prenant en charge. Votre rapport préconise le remboursement de l'activité physique adaptée pour certaines pathologies chroniques dans le cadre d'un cofinancement entre l'assurance maladie et les complémentaires santé. Bien que cette proposition constitue une avancée, de nombreuses interrogations subsistent quant à son périmètre et ses modalités d'application. Quelles mesures financières envisagez-vous de mettre en place pour ce dispositif ? Comment ce remboursement s'articulera-t-il avec la politique globale de prévention ? Quel est le calendrier envisagé au regard du PLFSS ?

J'aimerais également évoquer une solution émergente dans certains territoires : la prescription verte, qui permet de mieux nourrir la population dans le cadre de protocoles de santé. Quelle est votre position sur cette approche innovante ?

**Mme Karine Lebon (GDR).** Les acteurs du transport de patients sont des maillons essentiels de notre système de soins, notamment en outre-mer, où les facteurs démographiques et sanitaires rendent leur intervention indispensable. Les trajets en taxi permettent de pallier les difficultés d'accès aux soins et garantissent une prise en charge efficace et rapide.

La nouvelle convention-cadre en cours d'élaboration s'inscrit dans un contexte économique contraint de maîtrise des dépenses de santé. Son objectif principal est de proposer un nouveau modèle tarifaire harmonisé. Cependant, cette harmonisation ne doit pas ignorer les disparités territoriales. Les nouveaux tarifs proposés entraînent une baisse trop importante pour les entreprises de taxis ultramarines, ce qui aura un impact direct sur la prise en charge

des patients. Actuellement, les taxis réunionnais accordent déjà une remise de 24 % par rapport aux tarifs réglementaires, générant une économie considérable pour l'assurance maladie. Or, les nouveaux tarifs proposés accentuent cet effort, portant la remise à près de 40 %, ce qui menace la solvabilité des entreprises de taxis. Si ces tarifs peuvent s'appliquer dans l'Hexagone, la cherté de la vie, le taux de pauvreté et la situation sanitaire des territoires ultramarins imposent une adaptation.

La convention-cadre nationale prendra-t-elle en compte les réalités économiques, sociales et sanitaires de nos territoires ultramarins en général, et de La Réunion en particulier ?

**M. le directeur général de la Cnam.** Permettez-moi d'abord de souligner l'importance de cette convention au-delà de sa dimension purement tarifaire. Il est important de disposer d'un système de conventionnement garantissant l'accès aux soins des patients sur la base de tarifs opposables. L'évolution régulière de ce système représente un investissement important pour l'assurance maladie, mais elle est essentielle pour l'accès aux soins des patients. Nous observons une certaine érosion de l'installation en médecine libérale, évolution que nous devons prendre en compte. Néanmoins, nous avons la chance de pouvoir nous appuyer sur une première ligne de 50 000 médecins généralistes et de 56 000 médecins spécialistes, essentiels pour l'accès aux soins des assurés.

Quant à la question sur les outils législatifs, je dirais que l'arsenal actuel est déjà conséquent. Notre priorité est de déployer les actions existantes et d'accompagner les médecins dans l'évolution de leurs pratiques.

Concernant les observations de la Cour des comptes, je les approuve entièrement. Nous avons prévu, des points semestriels avec les médecins pour évaluer la mise en œuvre de la convention. La transparence des résultats vous permettra de suivre les avancées et, le cas échéant, de suggérer des ajustements.

S'agissant des négociations en cours sur la radiologie, nous avons entamé des discussions il y a deux mois concernant le protocole pluriannuel, avec un objectif d'économie de 300 millions d'euros. Nous souhaitons réellement parvenir à un accord et nous efforçons de trouver un terrain d'entente afin de conclure les négociations avant la pause estivale.

Concernant les transports de patients, deux discussions distinctes sont en cours. Pour les transports sanitaires, nous visons un accord fondé sur des objectifs de qualité, de pertinence et d'organisation. Pour les taxis, nous avons élaboré un projet de convention pluriannuelle, fruit de discussions intenses avec les quatre fédérations de taxis. Nous proposons un nouveau modèle tarifaire conservant le tarif kilométrique départemental, supprimant les remises, et introduisant un forfait de prise en charge unique. Ce modèle vise à encourager le transport partagé, bénéfique tant pour l'assurance maladie que pour l'environnement. Nous reconnaissons que le transport partagé doit être appliqué judicieusement, en tenant compte de l'état du patient et de l'avis médical.

La dépense totale pour le transport de patients s'élève à environ 6 milliards d'euros, répartis équitablement entre taxis et autres transporteurs. Nous estimons que nos nouvelles approches tarifaires, combinées à une meilleure lutte contre la fraude, nous permettront d'atteindre les objectifs d'économies fixés par la loi de financement de la sécurité sociale. La convention prévoit par ailleurs une spécificité pour les territoires ultramarins.

Concernant les contrats d'aide à l'installation, nous avons constaté une sous-utilisation des dispositifs existants. En réponse, nous avons prévu de fusionner ces aides, pour plus de simplicité.

Quant à l'Optam, nous appliquons strictement les dispositions négociées avec les syndicats. Cela inclut la mise à jour des périodes de référence et l'ajustement des taux de dépassement en fonction des revalorisations tarifaires. Le principe du partage des gains est maintenu, assurant une répartition équitable des bénéfices entre médecins et patients. Dans ce cadre, nous intensifions nos efforts de communication et de pédagogie, notamment par des webinaires et sessions d'information. Il est important que chaque médecin comprenne pleinement les avantages de l'Optam avant d'envisager de s'en retirer.

Sur le sujet la fraude, nos résultats sont en forte augmentation, atteignant 630 millions d'euros en 2024, soit un triplement depuis 2021. Cette fraude provient principalement des professionnels de santé, mais également des assurés et des entreprises. Nous sommes pleinement mobilisés sur la détection de ces fraudes bancaires.

Concernant le travail pluriprofessionnel, la convention médicale prévoit des incitations financières pour les médecins généralistes collaborant avec des infirmiers en pratique avancée libéraux. Nous sommes convaincus que cette collaboration doit être approfondie.

La réforme du service médical préserve l'indépendance des médecins-conseils. Je tiens à souligner que la Mutualité sociale agricole fonctionne depuis des décennies avec un service médical intégré, dans le strict respect des compétences des médecins-conseils. Un comité technique sur l'indépendance sera mis en place pour garantir cette indépendance, bien que les textes la prévoient déjà. L'objectif est d'améliorer la collaboration entre praticiens-conseils et administratifs de l'assurance maladie. Nous attendons la décision du Conseil constitutionnel sur une délégalisation ponctuelle demandée par le Gouvernement. Cette réforme vise à mieux utiliser l'expertise de nos praticiens-conseils en les faisant davantage collaborer avec le personnel administratif.

Concernant le rapport sur les charges et produits, nous y travaillons actuellement et proposerons potentiellement des évolutions structurelles face à la situation financière difficile de l'assurance maladie. Ce rapport sera disponible fin juin ou début juillet.

Je maintiens mes réserves quant aux mesures coercitives de régulation à l'installation et sur la permanence des soins. Dans le contexte actuel, nous avons besoin de médecins traitants qui s'installent. Imposer trop de contraintes risquerait de décourager les installations, ce qui serait préjudiciable à l'accès aux soins. Pour autant, cela ne revient pas à nier le problème des déserts médicaux. Cette convention vise à renforcer l'attractivité de la médecine générale et libérale, et nous observons d'ailleurs des tendances positives à ce niveau : les médecins s'installent plus tôt et exercent plus longtemps.

Nous constatons effectivement une progression de l'exercice salarié et mixte par rapport à l'exercice libéral. Nous devons prendre en compte cette évolution, notamment dans nos discussions à venir avec les centres de santé, pour assurer la coexistence de différents modes d'exercice.

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

**M. Matthias Tavel (LFI-NFP).** Je souhaite attirer votre attention sur la situation alarmante concernant le déploiement du logiciel Arpège pour le traitement des indemnités journalières dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée depuis sept mois. Cette expérimentation s'avère être un véritable fiasco, engendrant des conséquences dramatiques pour les assurés et les agents.

Les assurés subissent des retards ou des absences de versement de leurs indemnités, touchant particulièrement les personnes les plus vulnérables. Cette situation pousse certains assurés à reprendre le travail malgré leur état de santé, tandis que d'autres se voient contraints de contracter des crédits pour pallier l'absence de ressources. La situation est tout aussi alarmante du côté des agents : 11 000 réclamations en Loire-Atlantique, 20 % des dossiers nécessitant un traitement manuel, le triplement du nombre d'agents en charge des indemnités pour tenter de gérer ces dysfonctionnements, 60 millions d'acomptes versés.

Malgré soixante-dix correctifs déjà déployés, vous n'êtes toujours pas en mesure de donner une date de retour à la normale pour le département de Loire-Atlantique, ce qui témoigne d'une désinvolture inacceptable.

La société éditrice de ce logiciel, Sopra Steria, a réalisé plus de 700 millions d'euros de chiffre d'affaires avec la Cnam en dix ans. Après le scandale Louvois dans l'armée, c'est un nouveau scandale pour cette société.

Allez-vous renoncer à généraliser Arpège aux autres départements ? Quand la situation reviendra-t-elle à la normale en Loire-Atlantique ? Envisagez-vous de mettre fin aux collaborations avec Sopra Steria ? Quand assumerez-vous personnellement la responsabilité de cette déroute ?

**Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP).** Le 28 février 2025, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale. Votre projet de réforme suscite une forte opposition parmi le personnel concerné.

Nous considérons que ce transfert menace l'indépendance du service médical, cruciale pour l'évaluation des arrêts maladie, des affections de longue durée (ALD) et des pensions d'invalidité. La dispersion des agents dans la caisse primaire semble motivée par une logique d'économies. Cette perte d'indépendance entre contrôleurs et payeurs risque d'exercer une pression sur les praticiens-conseils et de compromettre la confidentialité des données médicales.

Vous affirmiez que la censure du Conseil constitutionnel ne remettait pas en cause le projet de transformation prévu. Cependant, sans base légale, il vous est impossible de transférer les contrats de travail du personnel du service médical sans leur consentement. De même, vous ne pouvez pas soustraire la Cnam à son obligation légale d'organiser et de diriger directement le service de contrôle médical.

Persistez-vous à vouloir contourner les institutions de contrôle démocratique de notre pays ainsi que les revendications des organisations représentatives du personnel, qui vous demandent d'abandonner cette réforme ?

**Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP).** Je m'interroge sur l'objectif de réduction de 2 % par an des arrêts maladie indemnisés.

Sur quelles bases ces chiffres sont-ils établis ? Pensez-vous réellement que la souffrance au travail diminue de manière linéaire année après année ? Si demain les violences au travail s'intensifient ou si la souffrance psychique s'aggrave, quelle sera notre réponse ? Ignorerons-nous ces réalités pour respecter l'objectif fixé, ou pousserons-nous les salariés plus rapidement vers l'invalidité ?

Un arrêt de travail n'est pas une simple dépense à réduire de manière arbitraire. C'est un outil de soin, le signal d'une détresse. Pourquoi le traiter comme un simple indicateur comptable ? Ne devrions-nous pas plutôt nous attaquer aux véritables causes de ces arrêts ? Je pense notamment à une prévention insuffisante, aux retards dans l'accès aux soins, et à la disparition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

**Mme Justine Gruet (DR).** Au-delà des aspects pratiques de l'application de la convention médicale, je souhaite revenir sur le sens même du conventionnement.

Les soins des psychologues ne sont pas pris en charge puisque cette profession n'est pas conventionnée. Pourtant, le dispositif Mon soutien psy les encourage au conventionnement pour faciliter le remboursement et améliorer l'accès aux soins. Cette situation soulève une question essentielle : quelle est la juste place de la puissance publique face aux compétences des professionnels de santé dans le cadre du conventionnement ?

L'État propose une prise en charge de douze séances à 30 euros dans le cadre de ce dispositif, suggérant de réduire la durée des séances à 30 minutes. Cela m'interroge profondément sur le rôle de l'État et de l'assurance maladie. Est-il légitime d'indiquer aux professionnels de santé la manière d'exercer leur profession ?

Cette situation m'amène à m'interroger sur le sens global du conventionnement. Ne risque-t-il pas, sous couvert de favoriser l'accès aux soins pour tous, de fragiliser de nombreux professionnels de santé ? Par ailleurs, la quasi-gratuité de notre système de santé contribue parfois à une perception où ce qui n'a pas de prix n'a pas de valeur.

Comment pourrions-nous repenser le rapport des Français à leur santé, en responsabilisant chacun, tout en permettant à nos professionnels de santé d'être valorisés à la hauteur de la qualité de leur exercice ?

Le système actuel est devenu illisible et incompréhensible. La nomenclature n'a plus de sens.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Depuis de nombreuses années, les avancées médicales n'ont fait l'objet que d'aides. Mais quelles contraintes et quels contrôles ont été mis en place en parallèle ? On constate aujourd'hui une augmentation des arrêts de travail peu contrôlés et des prescriptions inadaptées. Comment pouvons-nous progresser sans avoir à la fois des incitations et des moyens de vérifier l'amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins ?

Concernant le salariat des médecins, il faut prendre en compte l'évolution de la permanence des soins avec une nouvelle génération qui aspire au salariat. Quant au revenu des médecins, il est important de noter que les praticiens d'aujourd'hui travaillent en moyenne trois jours par semaine contre six auparavant.

Enfin, les aides médicales sont massives. J'espère que nous accorderons la même attention à l'amélioration des actes et des consultations infirmières à venir.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** La Cnam se trouve au cœur de deux enjeux majeurs de politique publique : les finances publiques et l'accès aux soins.

Concernant les finances publiques, plusieurs défis se posent : la pertinence des soins, le contrôle des arrêts de travail, l'optimisation des transports sanitaires et la maîtrise de la consommation médicamenteuse.

Quant à l'accès aux soins, je constate des disparités importantes entre professionnels de santé. Certains médecins généralistes gèrent une file active de 2 000 patients, tandis que d'autres n'en suivent que 600.

Comment comptez-vous décliner ces objectifs à l'échelon local ? En cas d'écarts constatés, quelles mesures envisagez-vous ?

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Vous avez contribué à transformer progressivement l'organisation et le financement du système de santé, en réduisant les prérogatives des médecins au profit d'autres professionnels de santé. Votre gestion des textes conventionnels a engendré un climat conflictuel généralisé. Votre politique de maîtrise médicalisée, en réduisant certains actes jusqu'à leur abandon, a exacerbé la problématique des déserts médicaux.

La promotion de la prévention semble avoir été réduite à de simples supports papier, négligeant l'importance de l'intervention humaine. La lutte contre la fraude a été compromise par le démantèlement des services de contrôle.

La gestion du système d'information, pourtant le plus vaste d'Europe, s'est soldée par un échec. L'inaction chronique de votre direction déléguée à l'audit et aux finances est particulièrement préoccupante, avec 15 milliards d'euros de déficit annuel depuis quinze ans.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Les engagements entre les médecins et l'assurance maladie, notamment l'augmentation de la file active, me semblent plus pertinents et opérationnels que la coercition à l'installation.

Face à l'hétérogénéité constatée dans la gestion des files actives par les médecins, ne serait-il pas judicieux d'utiliser les forfaits versés comme levier ?

**M. Fabien Di Filippo (DR).** Ma question porte sur la mise sous contrôle de la dérive des arrêts de travail. L'an dernier, leur durée moyenne a atteint un record depuis la crise sanitaire, s'établissant à 21 jours et demi. Les troubles psychologiques et la fatigue représentent une part croissante de l'absentéisme. En 2024, sur les 230 000 contrôles réalisés, un tiers ont conclu à un arrêt médicalement injustifié.

Face à ces dérives qui se chiffrent en milliards d'euros, quelles mesures la Cnam met-elle en place ? Comment comptez-vous mettre fin aux sites internet qui délivrent des arrêts sans consultation médicale pour 19 euros en quelques secondes ?

Enfin, les contrôles ciblant les médecins prescrivant 5 à 10 fois plus d'arrêts maladie que la moyenne ont-ils été effectués ? Quels en sont les résultats ?

**M. Philippe Vigier (Dem).** Quel est votre avis sur la décision du Gouvernement d'instaurer des consultations avancées ? Avec seulement 14 % des médecins qui s'installent, nous faisons face à un échec chronique. Quelles solutions proposez-vous ?

80 % des dépenses de l'assurance maladie concernent les ALD. Que faire face à ce constat ?

Concernant la répartition des remboursements entre les mutuelles et la sécurité sociale, ne pensez-vous pas qu'une clarification s'impose, le système actuel étant particulièrement opaque ?

S'agissant de la financiarisation, ne serait-il pas judicieux d'envisager un moratoire et de revoir les règles de remboursement ? Le système actuel incite à la multiplication des équipements, ce qui n'est pas nécessairement dans l'intérêt des patients ni des finances publiques.

**M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP).** La situation de l'assurance maladie en France métropolitaine est préoccupante, mais celle des territoires d'outre-mer est encore plus alarmante.

En Martinique notamment, plus de 300 000 euros de remboursements sont en attente de traitement, avec des délais dépassant 180 jours, soit 60 % au-dessus de la moyenne nationale. La Cour des comptes a d'ailleurs qualifié de défaillante la gestion de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS). Par ailleurs, la dématérialisation systématique des services, couplée à un accueil physique insuffisant, exacerbe les problèmes liés à la fracture numérique dans ces territoires.

Il est impératif que vous envisagiez rapidement des solutions adaptées aux spécificités de ces territoires.

**M. René Lioret (RN).** L'observatoire créé pour suivre les dix indicateurs clés de l'accès aux soins place l'augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous-dotées en neuvième position. Bien que tous ces indicateurs soient importants, ce classement semble minimiser l'urgence de cette problématique.

Je suis également surpris par l'absence de mention des soins palliatifs dans ce document. Chaque jour, 500 personnes décèdent sans avoir pu bénéficier de soins palliatifs. Dans le contexte actuel des débats sur la fin de vie, il est étonnant qu'aucune incitation ne soit prévue pour encourager les médecins généralistes à orienter les patients vers ces soins essentiels.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** La volonté des représentants de la profession de taxi de participer à la maîtrise des dépenses de santé est louable, mais il est nécessaire que les décisions soient fondées sur des données fiables, des concertations sincères et une compréhension des réalités du terrain.

Le projet de convention ne tient pas suffisamment compte des spécificités locales. Certes, les dépenses de transport sanitaire ont augmenté, mais cette hausse résulte principalement de facteurs structurels majeurs. Dans ce contexte, les taxis ne sont pas un problème, mais une partie essentielle de la solution.

Quant à la proposition de transports partagés pour réduire les coûts, cela est souvent inapplicable dans ces territoires en raison des distances importantes, de la faible densité de population, de la variété des horaires de prise en charge et de l'incompatibilité des pathologies. Il est donc primordial de préserver l'équilibre économique de cette profession essentielle.

**Mme Béatrice Bellay (SOC).** En Martinique, les difficultés d'accès aux soins et les retards de remboursement sont alarmants. Nous attendons toujours le rapport demandé par l'ancien préfet sur les conditions d'accès aux services de la sécurité sociale. La fermeture du centre de Rivière-Salée aggrave les problèmes d'accessibilité pour une population déjà confrontée à des difficultés de mobilité. La perception d'un pilotage centralisé et vertical, peu attentif aux spécificités territoriales, est très forte.

Quels mécanismes la Cnam compte-t-elle mettre en place pour assurer un dialogue structuré avec les élus et les usagers ultramarins, afin d'élaborer des solutions adaptées à nos réalités locales et sanitaires ?

Par ailleurs, nous constatons des problèmes chroniques d'effectifs et de formation dans les centres de sécurité sociale martiniquais, avec une sous-dotation en personnel qualifié et un turnover excessif. Quelles mesures envisagez-vous pour stabiliser les effectifs et revaloriser ces métiers ?

**M. le directeur général de la Cnam.** Concernant les arrêts de travail, il s'agit d'une de nos priorités. La baisse de 2 % mentionnée dans la convention médicale représente une réduction du nombre de jours par rapport à une dynamique significative des arrêts de travail. Deux tiers de cette dynamique s'expliquent par des évolutions démographiques et économiques. Cependant, un tiers de cette évolution reste inexpliqué par ces facteurs. Nous nous interrogeons sur les causes possibles : changement du rapport au travail, abus, fraudes ou autres facteurs non identifiés. Face à ce constat, nous avons déployé un plan d'action global ciblant les médecins, les assurés et les entreprises. Nous identifions notamment les entreprises présentant des taux d'absentéisme atypiques et leur proposons des plans d'action spécifiques. Nous agissons ainsi sur tous les leviers possibles. Nous procédons régulièrement à la fermeture de sites proposant de faux arrêts de travail, mais ceux-ci se réimplantent rapidement à l'étranger. Nous intensifions nos contrôles tant sur les assurés que sur les médecins. À ce titre, 1 000 médecins ont fait l'objet de mises sous objectifs, entraînant une baisse significative de leurs prescriptions. Nous poursuivrons nos efforts dans cette direction.

Concernant l'augmentation de la file active des médecins, l'une de nos principales réponses réside dans le dispositif d'assistant médical. Son efficacité est désormais avérée après trois ans d'expérience. Les médecins bénéficiant d'un assistant médical voient leur patientèle augmenter de 20 % et leur file active de 5 %.

Au sujet des psychologues, 5 800 psychologues ont rejoint le dispositif Mon soutien psy. L'attractivité du dispositif s'explique notamment par les tarifs proposés : 50 euros pour une séance de 45 minutes à une heure. Nous avons doublé le nombre de psychologues participants depuis le début de l'année 2024, et l'augmentation du recours par les assurés est très significative.

Concernant le conventionnement, je tiens à souligner son importance capitale. Il permet d'assurer une rémunération satisfaisante à nos professionnels de santé de ville, avec des évolutions tarifaires régulières.

Pour les consultations avancées, nous soutenons pleinement l'initiative du Gouvernement d'introduire une part d'obligation. Cette mesure encouragera les médecins à intervenir dans les zones sous-denses et l'assurance maladie s'impliquera activement dans sa mise en œuvre.

Quant à la financiarisation, je rappelle que l'assurance maladie a souligné, il y a trois ans, les dangers de ce système. Nous attendons avec intérêt les conclusions de la mission en cours pour envisager des actions supplémentaires.

Concernant Arpège, la situation s'améliore. Nous maintenons un dialogue régulier avec les parlementaires des départements concernés. Il n'est pas question de généraliser Arpège tant que toutes les difficultés ne seront pas résolues.

Enfin, sur la question des taxis et des transports partagés, je tiens à préciser qu'il n'existe pas d'obligation générale de transport partagé. Cette option n'est envisagée que lorsqu'elle est pertinente et réalisable, en tenant compte des réalités territoriales.

Je répondrai par écrit aux questions spécifiques concernant la Martinique. Nous avons mis en place un plan d'action sur la qualité de service de la CGSS, à la suite des travaux de la Cour des comptes.

Nous participons également activement au plan d'action ministériel sur les soins palliatifs.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Je m'assurerai que chaque député reçoive les réponses aux questions posées et que ces informations soient diffusées à l'ensemble de la commission.

Je tiens à souligner l'utilité et la nécessité de cette audition, que j'avais souhaitée en raison de l'importance de la convention médicale et de l'intérêt que notre commission porte à ces questions. La densité des échanges démontre clairement le besoin de prévoir d'autres séances similaires pour approfondir notre compréhension de ces enjeux.

\*

*Puis la commission auditionne M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur la note de synthèse « Maîtriser la progression de l'Ondam ».*

**M. le président Frédéric Valletoux.** Monsieur le premier président de la Cour des comptes, nous avons le plaisir de vous accueillir pour la deuxième de nos trois rencontres programmées au cours du mois de mai.

Le 6 mai, nous avons eu un débat sur le rapport que vous avez remis au premier ministre concernant les impacts du système de retraite sur la compétitivité de l'économie française et sur l'emploi. Le 28 mai, vous nous présenterez le traditionnel rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss), ce qui inaugurera nos travaux sur le Printemps social de l'évaluation et le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

Aujourd'hui, vous venez présenter la note de synthèse intitulée « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins ». Après l'échange que nous venons d'avoir avec le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), nous sommes impatients de vous entendre.

**M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes.** Merci de votre invitation à présenter cette note publiée par la Cour le 14 avril. Il s'agit d'une restitution de récents rapports produits par la sixième chambre, dont je salue le travail collectif. Nous

présentons ici nos travaux de manière problématisée, chiffrée et contextualisée par rapport aux perspectives financières de la sécurité sociale.

Cette note constitue une contribution de la Cour à l'indispensable maîtrise de nos dépenses publiques. Je ne m'étendrai pas sur le contexte budgétaire dans lequel elle s'inscrit ; nous avons publié, le 16 avril, une série de travaux importants sur les finances publiques, que j'ai présentés devant la commission des finances.

Néanmoins, je soulignerai un point important : il est indispensable que nous respections la trajectoire pluriannuelle du plan budgétaire et structurel à moyen terme (PSMT), qui est exigeante. À cette fin, nous devons atteindre en 2025 l'objectif d'un déficit s'élevant à 5,4 % du produit intérieur brut (PIB), qui ne représente que la première marche du PSMT. On ne peut ni jouer ni tricher avec ces questions.

Au sein de cet objectif, les dépenses des administrations de sécurité sociale constituent un enjeu important. Il s'agit de l'ensemble des dépenses sociales, qui comprennent celles de la sécurité sociale elle-même, mais aussi celles des retraites complémentaires obligatoires et le remboursement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

En 2023, les administrations de sécurité sociale présentaient un excédent s'élevant à 0,4 % du PIB, ce qui contribuait à atténuer le déficit de l'ensemble des administrations publiques. En 2024, l'excédent s'est réduit à zéro. En 2025, le déficit prévisionnel est estimé à 0,1 % du PIB. Une nette dégradation est donc déjà prévue pour le solde des administrations sociales en 2025 ; il ne faudrait pas que l'exécution le détériore encore.

Il s'agit d'un enjeu de crédibilité mais aussi d'une question de souveraineté. Dans un monde de plus en plus incertain, il nous faudra financer d'importantes dépenses publiques ; nous ne pourrons le faire qu'en réduisant notre déficit et en maîtrisant notre dette.

Notre trajectoire de finances publiques reste très fragile. Selon le Haut Conseil des finances publiques, l'objectif d'un déficit public s'élevant à 5,4 % du PIB pourra être tenu, mais est loin d'être acquis. Le respect de notre trajectoire de moyen terme suppose de procéder à des ajustements très importants, avec une constance inédite. La révision à la baisse de la prévision de croissance pour 2025, de 0,9 % à 0,7 % du PIB, réduit encore nos marges de manœuvre. De plus, les risques d'une nouvelle baisse s'accumulent.

Compte tenu de l'ampleur des ajustements nécessaires, les efforts doivent porter sur l'ensemble de l'administration. Les juridictions financières prennent leur part et proposent à la représentation nationale des économies intelligentes, visant une dépense publique de qualité.

La note que je présente aujourd'hui fait partie d'un ensemble de trois revues de dépenses lancées par la Cour en 2024, en réponse à une commande du premier ministre Gabriel Attal. Une première revue a été publiée en octobre 2024, qui porte sur la contribution des collectivités locales au redressement des finances publiques. Une deuxième, qui s'intéresse à la sortie des dispositifs de crise, a paru en janvier. La troisième porte donc sur la régulation des dépenses de l'assurance maladie. Je devais la remettre au Premier ministre le 28 juin 2024 mais il y a eu quelques contretemps, comme la dissolution de l'Assemblée nationale. Nous avons décidé d'actualiser nos propositions et de les publier pendant la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026.

Notre constat est le suivant : depuis la fin de la crise sanitaire, la progression des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'est plus soutenable. Or des marges de manœuvre peuvent être dégagées, en recherchant davantage d'efficacité de façon systématique. Il est nécessaire de prendre la pleine mesure de la situation et de se donner les moyens d'agir.

À cette fin, il faut préparer un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses, en s'attachant à renforcer leur efficacité tout en préservant la qualité et la sécurité des soins. Dans ce cadre, nous avons développé trois axes, qui comprennent quinze propositions d'économies. Si elles devaient être mises en œuvre dès cette année, ces propositions permettraient d'économiser environ 20 milliards d'euros d'ici à 2029, de manière progressive et concertée.

Toutes ces mesures d'économies ont déjà été proposées par la Cour ou déjà été chiffrées par des administrations. Elles ne sont pas exhaustives. De plus, le chiffrage est conservatoire puisque, pour chaque mesure, nous avons retenu la fourchette basse ou appliqué un abattement forfaitaire. Le fait est qu'il n'existe pas de solution magique à ce défi qui se présente à nous, celui de renforcer l'efficacité des dépenses de santé pour mieux les maîtriser, ce qui requiert expertise et détermination.

J'en viens au détail de nos propositions en commençant par un constat préoccupant : la forte progression des dépenses de l'Ondam pose un enjeu de soutenabilité financière de la sécurité sociale.

Depuis 1996, l'Ondam est l'instrument de pilotage pluriannuel des dépenses de santé et des dépenses médico-sociales prises en charge par la sécurité sociale. Il regroupe une partie importante des dépenses de la branche maladie, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et de la branche autonomie. Il est voté chaque année par le Parlement.

Ce n'est pas un scoop : en France, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé est parmi les plus importantes au monde, tandis que le reste à charge pour les patients est parmi les plus limités. En 2023, la France consacrait 11,8 % du PIB aux dépenses de santé, contre 10,4 % en moyenne pour les pays de l'Union européenne. Le reste à charge pour les ménages n'était que de 9,2 % des dépenses en 2022, quand la moyenne des pays de l'Union s'élève à 14,2 %.

Pour 2025, l'Ondam a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) à 265,4 milliards d'euros, soit une augmentation de 50 milliards depuis 2019. De 2019 à 2025, l'Ondam a augmenté de 4,8 % par an, contre seulement 2,4 % par an de 2015 à 2019, sans prendre en compte les dépenses liées à la crise sanitaire : il s'agit d'une progression considérable.

La part des dépenses de l'Ondam dans le PIB augmente aussi. En 2025, cette part atteindrait le niveau inégalé de 8,9 % du PIB, contre environ 8,2 % du PIB avant la crise sanitaire. Ce niveau devrait rester élevé et les dépenses de l'Ondam devraient représenter environ 8,8 % du PIB d'ici à 2028.

Cette progression des dépenses conduit à une augmentation des déficits de la sécurité sociale. Elle s'accompagne d'une dégradation du solde des trois branches finançant l'Ondam – maladie, AT-MP et autonomie. Selon les projections, leur déficit cumulé annuel doublerait presque entre 2024, où il devrait s'élever à 11,8 milliards d'euros, et 2028, où il atteindrait 20,1 milliards.

Une telle dégradation de l'endettement, hors période de crise, serait sans précédent. Elle conduirait à la reconstitution, entre 2025 et 2028, d'une dette sociale de plus de 70 milliards d'euros, sans compter les charges d'intérêt, dans un contexte où les taux sont chahutés et risquent d'augmenter, compte tenu de la situation internationale. En parallèle, les établissements de santé et médico-sociaux connaissent eux aussi une dégradation de leur situation financière.

Je souhaiterais préciser ici que la note de synthèse n'évoque pas le volet des recettes des branches de la sécurité sociale. D'abord, nous nous en tenons à notre sujet, l'Ondam, qui est un agrégat de dépenses. Ensuite, nous estimons qu'il y a des marges d'efficience sur les dépenses à mobiliser en priorité. Enfin, nous revenons sur le volet des recettes dans le cadre plus général du Ralss de l'année dernière et de cette année, sous l'angle des exonérations et des exemptions de cotisations sociales.

Malgré les importants moyens supplémentaires consacrés à la santé, auxquels s'étaient ajoutées les dépenses liées à la crise sanitaire, le système de santé reste en crise. Les contraintes de recrutement du personnel soignant pèsent sur l'accès aux soins et sur les conditions de travail des professionnels de santé. De plus, en dépit des 13 milliards d'euros qui ont été empruntés par la Cades pour financer le désendettement et la relance de l'investissement des établissements de santé de 2021 à 2029, la dette des hôpitaux publics se maintient à 30 milliards. Les aides à l'investissement ont été trop saupoudrées entre de nombreux établissements et projets pour être efficaces.

Cette situation est d'autant plus fâcheuse que des facteurs structurels vont peser sur l'évolution des dépenses de santé à l'avenir. Le surcroît de dépenses lié au vieillissement de la population en soins de ville et hospitaliers devrait s'élever à au moins 1,35 % par an de 2023 à 2030, estimation basse, ce qui équivaut à 2,8 milliards d'euros chaque année. De plus, les dépenses de santé continueront d'être tirées vers le haut par la hausse des prix des médicaments innovants. Ainsi, les dépenses nettes de médicaments anticancéreux passeraient de 2,4 milliards en 2022 à 7 milliards en 2028, soit une augmentation d'au moins 20 % par an.

Par ailleurs, d'ici à 2028, le respect de la trajectoire de l'Ondam restera fragile, alors même que sa stricte mise en œuvre conduit déjà à d'importants déficits. Il est donc désormais urgent de changer d'échelle dans les mesures à adopter.

Soyons clairs, l'objectif n'est pas de baisser le montant des dépenses de l'Ondam mais bien de maîtriser le rythme de leur progression. Il s'agit de sécuriser la trajectoire de l'Ondam d'ici à 2028 et de stabiliser la part du PIB consacrée aux dépenses d'assurance maladie – pas plus, pas moins. Et puis, il faut chercher à endiguer le déficit de la sécurité sociale, ce qui nécessite de définir un vaste programme de maîtrise des dépenses et de le mettre en œuvre dans la durée.

Nous proposons une maîtrise pluriannuelle des dépenses car, compte tenu de l'ampleur du besoin de financement, les coups de rabot de court terme ne suffisent plus. Surtout, cette approche n'est pas la plus efficace ni la plus intelligente. Ni tronçonneuse ni rabot : nous devons mettre en œuvre des réformes structurelles, ce qui prendra du temps.

La nécessaire maîtrise pluriannuelle des dépenses doit être conciliée avec deux objectifs qui sont en réalité des postulats de départ. Le premier consiste à préserver notre modèle social, selon les principes d'organisation de notre système de santé et de prise en charge des patients. Le second consiste à améliorer la prise en charge des patients par le

développement de la prévention et par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui sont de nature à permettre des économies.

La recherche du meilleur équilibre entre ces impératifs est complexe et doit passer par la mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est l'objet de nos propositions pour des dépenses de santé plus efficaces, plus pertinentes et plus efficientes, bref de meilleure qualité. Il en existe d'autres.

La préparation du PLFSS 2026 doit être l'occasion de documenter les mesures d'économies possibles et de définir un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses de l'Ondam. Ce n'est pas à la Cour de décider de l'ampleur et du calendrier de ces mesures. Cependant, nous avons identifié trois axes d'amélioration possibles. Nous estimons que le montant total des économies qui seraient réalisées en suivant nos quinze propositions se situerait entre 19,4 et 21,4 milliards d'euros à l'horizon 2029. Il s'agit du montant nécessaire pour financer des mesures nouvelles et pour tenir la trajectoire de l'Ondam.

Le premier axe serait de recentrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit et pertinentes. Ce n'est pas la première fois que la Cour le préconise : il faut impérativement renforcer la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie et contre les remboursements indus de dépenses de santé. Quand j'ai osé évoquer ce sujet, je me suis heurté à une vaste mobilisation sur les réseaux sociaux mais qui, ici, peut défendre les fraudeurs ? Le fraudeur n'est pas le consommateur de soins lambda, c'est quelqu'un qui triche avec le système. La lutte contre la fraude n'est ni de droite ni de gauche.

Les résultats des actions menées contre les fraudes sont en nette progression depuis 2022, après une période de perturbation liée à la crise sanitaire. Les résultats de la Cnam sont passés de 466 millions d'euros en 2023 à 628 millions en 2024, soit une augmentation de 35 %. C'est bien.

Toutefois, les fraudes sont encore mal détectées et les sommes recouvrées demeurent nettement en deçà des estimations, qui atteignent les 4,5 milliards d'euros. Cette estimation repose sur des données de la Cnam que la Cour a extrapolées. Il est impératif de se doter d'un outil de mesure systématique de la fraude, dans chaque secteur : pour les soins de ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

La Cour souligne l'existence de marges supplémentaires dans la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie. Par exemple, on constate des écarts plus ou moins importants selon les secteurs de santé entre les estimations des montants fraudés et les résultats de la lutte contre les fraudes. De même, on observe de fortes disparités d'approche entre les différentes caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) dans l'utilisation des données de contrôle des dépenses. Enfin, les actions de la branche autonomie demeurent limitées.

Certes, les moyens d'action pour lutter contre les fraudes ont été renforcés. Ainsi, 1 500 agents des Cpam sont mobilisés et 400 recrutements ont été engagés en 2024. Les Cpam disposent aussi de prérogatives juridiques renforcées et de nouveaux moyens informatiques. Ces moyens supplémentaires doivent permettre de gagner en efficacité pour protéger l'intérêt financier de l'assurance maladie et donc, *in fine*, celui des assurés – car lutter contre la fraude, c'est protéger les assurés.

Il faut aller plus loin, en exploitant les contrôles informatiques automatiques, en mettant systématiquement en œuvre les nouvelles prérogatives juridiques des Cpam et en

renforçant la coordination avec les autres administrations ou complémentaires de santé. Par ailleurs, il serait utile de renforcer encore l'objectif de détection de la fraude, au moins au tiers du préjudice estimé. Passer à 1,5 milliard d'euros d'économies, soit le double d'aujourd'hui, est tout à fait possible.

Au-delà des fraudes et toujours dans le but de recentrer les dépenses de santé, la Cour préconise de mieux garantir la pertinence de ces dépenses. Toute dépense devrait être analysée au prisme de la pertinence des prises en charge, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Or de nombreuses prescriptions de santé sont encore en décalage avec ces recommandations. Le ministère de la santé estime ainsi que 275 000 hospitalisations auraient pu être évitées en 2017, ce qui représente 2,5 % des séjours de médecine. Il en est de même pour les prescriptions de médicaments. Ainsi, seuls 9 % des dosages de vitamine D prescrits correspondent à une indication recommandée par la HAS.

En outre, de nombreux travaux documentent des différences importantes entre établissements de santé et entre départements en matière de pratiques médicales. En conséquence, les dépenses standardisées de santé, par an et par patient, varient entre les départements dans une proportion de 1 à 1,7 : de 1 804 euros en Haute-Savoie à 3 055 euros en Haute-Corse. La moyenne nationale s'établissait à 2 258 euros en 2018. Si l'on considère le total des dépenses des départements se situant au-dessus de la moyenne nationale et qu'on les pondère, pour prendre en compte les caractéristiques sociales et de santé des territoires, notamment pour les départements d'outre-mer, on identifie une marge d'efficience potentielle de 2,8 milliards d'euros.

Il faut donc changer d'échelle dans la mobilisation pour s'assurer de la pertinence des soins et des prises en charge, sans en altérer la qualité. Cela passe par une analyse détaillée des causes de cette hétérogénéité et par le renforcement de la coopération entre la Cnam, les agences régionales de santé (ARS) et les CPAM.

Par ailleurs, la Cour préconise de concentrer les efforts sur les dépenses en plus forte progression. À cet égard, les dépenses liées aux 13,8 millions de patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD), qui représentent plus des deux tiers du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie, constituent un enjeu clé. Il convient de suivre attentivement l'actualisation de la liste des types d'ALD et l'examen des situations des personnes bénéficiant de cette reconnaissance sans limitation de durée.

Les transports sanitaires doivent aussi faire l'objet de contrôles plus systématiques. Ce poste de dépenses est parmi les plus dynamiques. Son coût s'élevait à 6 milliards d'euros en 2023, en augmentation de 6,5 % par an depuis 2019. Dans le cadre des LFSS 2024 et 2025, de premières mesures d'économies ont été adoptées. Cependant, il conviendrait de poursuivre ces efforts, notamment en finalisant le transfert de la totalité de ces dépenses au budget des établissements de santé, qui les prescrivent. Le gisement d'économies potentielles est de 300 millions d'euros.

En parallèle du renforcement de la lutte contre les fraudes et du recentrage des dépenses sur les plus pertinentes d'entre elles, nous recommandons d'optimiser la gestion des dépenses de santé. L'une des voies identifiées consiste à renforcer les efforts fournis en matière d'achat. Il faudrait notamment procéder à davantage d'achats groupés dans les établissements de santé et médico-sociaux. Les établissements doivent également mieux optimiser la gestion de l'encours de leur dette, qui s'élève à une trentaine de milliards d'euros.

Par ailleurs, la Cour préconise de mieux maîtriser les prix et les volumes des produits de santé. Les prix des médicaments sont tirés par ceux des produits innovants. J'ai déjà parlé des dépenses nettes de médicaments anticancéreux, qui passeraient de 2,4 milliards d'euros en 2022 à 7 milliards en 2028, soit une augmentation de 20 % par an, à tendance inchangée. Dans un contexte d'innovation, l'enjeu est de renforcer l'évaluation médico-économique des médicaments innovants pour étayer les négociations entre le Comité économique des produits de santé et les industries pharmaceutiques. En somme, il faut pouvoir renégocier le prix des médicaments innovants en fonction de leur efficacité. Il ne s'agit pas de priver qui que ce soit d'innovation, mais de payer le juste prix.

La maîtrise des dépenses de médicaments implique aussi de mieux maîtriser les volumes consommés et de promouvoir les médicaments les moins onéreux pour une même efficacité thérapeutique. Il faut donc relancer de façon ferme le recours aux médicaments biosimilaires et génériques. En 2021, la part de ces derniers dans le marché pharmaceutique demeurait de 29 % en France, contre 54 % en moyenne dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il faut remédier à cette disparité.

Nos propositions sur la maîtrise des produits de santé engendreraient à elles seules 5,3 milliards d'euros d'économies, sans entraîner la moindre atteinte aux intérêts des assurés et à la qualité des soins.

J'en viens à notre deuxième axe : engager des réformes d'efficacité et d'efficience, qui peuvent s'appuyer sur le renforcement de la prévention en santé ainsi que sur la garantie de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements.

Les dépenses de prévention institutionnelle en santé restent très limitées : elles s'élevaient à 7 milliards d'euros en 2023, après avoir atteint un pic de 16,5 milliards en 2021, lié au covid. Elles ne représentent que 3 % des dépenses de l'Ondam. Pourtant, il est indispensable de structurer les actions de prévention et de les développer au quotidien. Il faut notamment conduire des actions déterminées auprès des jeunes, pour lutter contre l'addiction à l'alcool – beaucoup plus présente en France que dans d'autres pays d'Europe – et réduire l'obésité, très répandue également, notamment dans les départements d'outre-mer. Nous avons traité de ces enjeux dans notre rapport annuel.

C'est probablement le point le plus important de cette note de synthèse : il est urgent que la prévention devienne une priorité en France. Elle est encore trop peu développée dans notre système de santé, toujours organisé autour des seuls soins curatifs. L'enjeu consiste à prendre en compte le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et la prévalence des maladies d'origine comportementale. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients plus que de dégager des économies, immédiates et à moyen terme. Là encore, les économies sont le résultat d'une amélioration, pas la cause d'une détérioration.

Nous préconisons également de renforcer la politique de prévention des maladies chroniques et d'améliorer leur détection comme leur prise en charge. La Cour a constaté des résultats médiocres dans la prévention des trois principales pathologies en expansion : les cancers, les maladies neurocardiovasculaires et le diabète. Ces maladies affectent 12,8 millions de patients et génèrent des dépenses qui s'élevaient à 54,5 milliards d'euros en 2022. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de refonder la politique de prévention, notamment en revoyant le contenu des plans de prévention et leur déclinaison territoriale, ainsi qu'en luttant contre les facteurs de risque.

Enfin, notre rapport recommande de mieux anticiper la perte d'autonomie des personnes âgées, pour réduire les chutes et les décès induits. Dans le contexte du vieillissement de la population, le gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser à l'assurance maladie un montant estimé à 1,5 milliard d'euros. Pour ce faire, il faudrait encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques et à limiter les hospitalisations évitables. Il sera nécessaire d'assurer une véritable coordination territoriale des secteurs hospitalier, médico-social et de ville sur ces cas précis.

L'objectif d'efficience implique aussi de renforcer la qualité et la sécurité de l'offre des établissements de santé et médico-sociaux. Des évolutions sont déjà en cours.

D'abord, il faut poursuivre l'effort fourni afin d'augmenter la part de l'ambulatoire. Selon la Cnam, l'activité de chirurgie ambulatoire représentait 63 % des séjours en 2022, alors que l'objectif du Haut Conseil de la santé publique est de 80 %. Poursuivre le virage ambulatoire pourrait permettre d'économiser 800 millions d'euros.

En outre, il est important de concentrer les efforts pour réduire le nombre d'événements indésirables graves, qui reste trop important. Il connaît même une forte hausse : 4 574 déclarations avaient été réalisées auprès de la HAS en 2024, contre 1 187 en 2019. En 2017, l'OCDE estimait que 10 % des dépenses hospitalières étaient liées à des erreurs médicales évitables ou à des infections nosocomiales. La Cour a estimé qu'une réduction à long terme d'un tiers de ces événements indésirables graves dans le secteur hospitalier permettrait une économie de l'ordre de 2,7 milliards d'euros. Nous retenons un tiers de ce montant dans notre note, pour fixer un objectif raisonnablement atteignable.

Une telle réduction pourrait nécessiter de restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garantie suffisante pour la qualité et la sécurité des soins. En avril 2025, selon la HAS, la qualité des soins est à améliorer dans 8 % des établissements de santé, qui doivent faire l'objet d'une seconde visite dans les deux ans. De plus, 4 % des établissements sont non certifiés en raison d'une qualité de soins insuffisante. L'enjeu est complexe : il faut assurer le bon équilibre entre maillage territorial des établissements, qualité des soins et efficience des dépenses.

Une telle réflexion doit être menée dans le cadre de la réorganisation régionale des parcours de soins, en identifiant au préalable le niveau réel de l'activité des établissements et leurs difficultés de recrutement.

Plus largement, nous recommandons d'adapter l'offre des établissements de santé et des services médico-sociaux au vieillissement de la population. Il est indispensable de rechercher des gains d'efficience en articulant mieux les dépenses de santé et les dépenses médico-sociales, ce qui nécessite d'améliorer les prises en charge des personnes âgées ou en situation de handicap. L'offre médico-sociale doit être accessible localement, pour contribuer à réduire les hospitalisations ou favoriser une prise en charge des personnes âgées à domicile.

Il faudrait également trouver des réponses mieux adaptées et moins coûteuses pour les personnes en situation de handicap vieillissantes qui sont hospitalisées en psychiatrie sans justification médicale, faute de place dans les établissements médico-sociaux. Ces situations héritées de l'histoire – les hospices – ne sont plus acceptables.

J'en arrive à notre troisième et dernier axe : chercher un meilleur équilibre dans le financement du système de santé, afin d'assurer des dépenses plus équitables et responsables.

Depuis 2015, la structure du financement des dépenses de santé a évolué. Les prises en charge par l'Ondam augmentent de manière plus importante que celles qui sont assumées par les organismes complémentaires de santé ou les patients. En 2023, le transfert de prises en charge vers l'Ondam a représenté un montant de 5,5 milliards d'euros.

Les efforts doivent être partagés par les différents acteurs et financeurs des dépenses de santé que sont l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires de santé. La répartition de ces efforts devrait être rééquilibrée régulièrement, dans une démarche partenariale et pluriannuelle. Il faut aussi envisager des coopérations entre la Cnam et les complémentaires de santé sur certains sujets comme la lutte contre les fraudes, la pertinence des prescriptions ou la prévention en santé.

Nous préconisons également de mieux équilibrer les financements issus des employeurs et des salariés dans la couverture des risques des salariés.

Enfin, nous devons chercher à atténuer les prises en charge qui relèvent de l'Ondam. Dans la situation contrainte que j'ai décrite, l'une des voies d'action consiste à réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles prévues par les PLFSS d'ici à 2029. En 2025, la LFSS prévoit un quantum de mesures nouvelles dont le coût s'élève à 5 milliards d'euros et, en contrepartie, des mesures d'économies permettant de dégager 4,3 milliards.

Plus largement, nous devrions adopter une approche de responsabilisation des professionnels de santé, des patients et des employeurs. À cet égard, sans doute faut-il repenser le champ du remboursement de certaines prises en charge par l'assurance maladie, en réévaluant la participation des patients, dans des proportions limitées, et celle des employeurs. À titre d'exemple, la France est l'un des derniers pays de l'OCDE à prendre en charge des soins de cure thermale, à hauteur de 250 millions en 2023, sans que leur service médical ait toujours été démontré. Il semblerait également utile de réexaminer la liste des médicaments remboursés à hauteur de 15 %.

Voici les principales propositions d'économies, non exhaustives, très opérationnelles, proposées par la Cour dans cette revue de dépenses. Il faut dépenser de façon plus pertinente, efficiente, équitable et responsable

Au-delà de ces mesures, nous proposons une méthode, que nous comptons appliquer de nouveau cette année en publiant une salve de revues de dépenses de ce type, pour proposer des économies de dépenses intelligentes dans tous les domaines. L'objectif général, pour accomplir les efforts importants qui sont incontournables, doit être d'améliorer la qualité de la dépense publique et de faire en sorte que les dépenses soient plus adaptées à leur objet. En procédant ainsi, nos objectifs qui paraissent astronomiques deviendront atteignables. Nous proposons une véritable révolution de la dépense publique, qui repose sur une intelligence collective, une volonté et une méthode. Nous en sommes capables.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** L'Ondam cumule les paradoxes. Atteignant 256,9 milliards d'euros en 2024 et 265,9 en 2025, il représente un peu moins de 40 % des dépenses prévues par la LFSS, et un peu moins de 16 %, si l'on considère l'ensemble des administrations publiques. Son pilotage devrait être une priorité absolue, tandis que sa révision pour l'exercice en cours et sa fixation pour l'exercice à venir devraient faire l'objet d'un travail approfondi de la représentation nationale. Cependant, il n'en va pas ainsi.

Chaque automne, les discussions parlementaires portant sur l'Ondam sont déphasées, frustrantes et quasiment sans effet. Le plus important serait de connaître ses déterminants de manière précise et de pouvoir agir sur eux. Or ils échappent largement aux parlementaires. La qualité de la prévision des sous-jacents conjoncturels est plus qu'approximative. Des leviers majeurs, tels que les tarifs ou les tickets modérateurs, relèvent du champ réglementaire ou conventionnel. De plus, entre la question de la recevabilité et le fait que le Conseil constitutionnel censure des mesures de lutte contre la fraude comme cavaliers sociaux, les parlementaires ne peuvent pas faire grand grand-chose dans le cadre actuel.

Ainsi en sommes-nous réduits à débattre du seul taux d'évolution de l'Ondam, dans une confrontation insoluble, en y plaquant des lectures politiques traduisant sa nature hybride et illisible.

Du point de vue organique, il ne s'agit que d'une cible, dénuée du moindre caractère contraignant. Il ne relève pas d'une logique pluriannuelle. Si l'on met de côté la décennie 2010-2019, au cours de laquelle des réformes ont été conduites et ont produit leurs effets, non seulement l'Ondam connaît une progression qui fait passer tout procès en austérité pour une triste plaisanterie, mais il dépasse systématiquement le niveau fixé, puis celui auquel il est révisé.

Mais du point de vue des établissements de santé et médico-sociaux, l'Ondam constitue un outil de gestion fermé, très peu adapté aux besoins comme aux capacités des territoires.

Vous résumez très clairement l'enjeu, monsieur le premier président : tout en préservant la sécurité et la qualité des soins, il faut assurer la pérennité financière de notre système, en conservant le principe de prise en charge pour tous. J'ajouterai qu'il faut garantir l'adhésion collective à notre modèle de santé.

Le rapport souligne que l'effort salarial du Ségur, bien que nécessaire, n'a été financé ni par des recettes, ni par des gains d'efficience sur d'autres postes. De plus, la reprise exceptionnelle d'un tiers de la dette des hôpitaux a été suivie d'une nouvelle dégradation de leurs comptes. Cependant, de telles dispositions sont plus faciles à voter que celles qui répondent à l'emballement des arrêts de travail, à l'évolution des dépenses liées aux ALD ou au dérapage du volume des médicaments remboursés.

Vos trois axes n'ont d'autre ambition que de gager des dépenses additionnelles. Si elles sont pertinentes, les pistes proposées ne relèvent pas toutes de la LFSS.

En revanche, j'espère que nous pourrions nous pencher avec sérieux sur vos propositions liées aux maladies respiratoires chroniques, aux dialyses et à l'insuffisance rénale ; elles montrent bien que soigner mieux et plus tôt coûte moins cher que le faire mal et trop tard.

Pourriez-vous détailler le calcul qui aboutit à estimer à 1 milliard d'euros les économies engendrées par la restructuration des services hospitaliers aux garanties insuffisantes ?

En ce qui concerne les hospitalisations, notamment psychiatriques, de personnes âgées en situation de handicap, sans justification médicale et faute de meilleure offre, quel constat faites-vous ? Que préconisez-vous ?

Le nœud gordien se trouve dans vos propositions n° 14, « Réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles en PLFSS » – y compris pour les amendements gouvernementaux de dernière minute – et n° 15 « Mieux responsabiliser les assurés », par exemple s'agissant des antalgiques légers ou des frais d'hébergement.

Je suis plus sceptique quant au raisonnement purement comptable qui voit dans la branche AT-MP une manne où l'on pourrait piocher 2,8 milliards d'euros au prétexte de la sous-déclaration, alors que les 2 milliards prévus par l'exécutif d'ici à 2027 me semblent déjà excessifs au regard des perspectives économiques.

Enfin, avez-vous évalué le rapport coût-bénéfice des médicaments innovants, notamment par rapport à l'espérance de vie et à la société dans son ensemble ? Ne faudrait-il pas adopter de nouveaux critères de valorisation, intégrant l'impact sociétal ou les gains d'efficacité pour l'hôpital ?

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

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Monsieur le premier président, vous avez exprimé votre grande colère lors de votre présentation du rapport annuel des comptes de l'État. Pourquoi ne la traduisez-vous pas dans les actes, en refusant toute certification ?

Les rapporteurs de la sixième chambre ont beaucoup à dire sur les branches maladie, AT-MP et autonomie bridées par l'Ondam, hors tout contexte de vieillissement, de maladies chroniques ou d'innovation. La maîtrise médicalisée a 45 ans et ne fonctionne pas, pas plus que son outil, l'Ondam. Les chiffres présentés, qui servent de guide à des décisions qui sont toujours les mêmes – augmentations des recettes et rabet sur les dépenses – sont peu exacts. L'exercice est au bout de sa course, pour toutes les branches concernées.

Le renouvellement constant des charges de la Cades et l'augmentation de 20 milliards d'euros en un an du plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont hallucinants. Le déficit de la branche maladie s'élève à 15 milliards depuis cinq ans, hors covid : pourquoi ?

Vous n'avez pas abordé la question des rapports de certification, alors que vous en avez la totale maîtrise. En pointant des anomalies significatives et une dizaine d'éléments non probants par branche, les rapporteurs de la Cour disent l'insincérité des comptes et la limite de leur audit. Les deux tiers de chaque branche sont dans un véritable brouillard budgétaire. Pourquoi continuer de certifier ces comptes ? Vos recommandations sont intéressantes, mais faites-vous plaisir, faites-nous plaisir : mettez les directeurs des caisses nationales face à leurs responsabilités et ne certifiez aucune des branches cette année !

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Le travail de grande qualité de la Cour des comptes montre clairement que la dynamique de l'Ondam n'est pas soutenable. Il met en lumière la nécessité d'un véritable changement d'échelle. Il ne s'agit pas de rogner à la marge mais de repenser en profondeur le pilotage de nos dépenses de santé, dans une logique pluriannuelle, structurée et stratégique. Il faut sortir d'une régulation purement comptable et aller vers plus d'efficacité. Notre groupe est sensible aux mesures proposées, à engager sans délai.

Je souhaite insister sur le sujet de la prévention, parent pauvre de notre système de santé, qui constitue une priorité stratégique. Concernant le cancer, le dépistage précoce sauve des vies et réduit considérablement le coût des traitements lourds et des séquelles. Pour améliorer le dépistage, n'est-il pas nécessaire d'adopter une vision pluriannuelle ? Nous pourrions nous inspirer des Pays-Bas, qui ont développé un modèle intéressant, fondé sur la responsabilisation et assorti d'objectifs précis.

Enfin, vous évoquez la nécessaire réorganisation de l'offre de soins et la fermeture de certains services dont pourraient décider les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mais ces derniers restent des agglomérations de services hospitaliers, sans pilote. Ne serait-il pas plus pertinent de conférer une autorité décisionnelle au plus grand hôpital de chaque groupement ?

**M. Louis Boyard (LFI-NFP).** Monsieur le premier président, vous devinerez que nous ne partageons pas vos conclusions.

Sous couvert de rationalisation des dépenses, la Cour recommande un resserrement inquiétant des prises en charge par l'assurance maladie, pour qu'elles se limitent aux prestations jugées pertinentes et de bon droit. Voilà pourquoi la santé doit être laissée aux professionnels et non aux comptables : cette approche technocratique est fondée sur des critères de rentabilité plus que de santé publique et menace l'accès à des soins légitimes et nécessaires.

Ainsi, concernant les arrêts de travail, la Cour des comptes avance que plus de 40 % des prescriptions dépasseraient les durées recommandées, sous-entendant que les salariés en feraient un usage abusif. Cette position alimente une rhétorique de suspicion déjà largement véhiculée par la droite et l'extrême droite.

Or les données contredisent ce discours : 25 % des arrêts ne sont pas pris et plus d'un tiers des Français travaillent malgré la maladie. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne européenne. De plus, les baisses de salaires de plus d'un tiers pour les arrêts de longue durée empêchent les salariés d'y recourir. Vous quantifiez la fraude, mais pas le non-recours. Or ce phénomène de présentisme a des conséquences délétères sur la santé des salariés et crée des dépenses futures évitables pour l'assurance maladie.

En ciblant les malades plutôt que les causes structurelles du déficit, comme le manque de recettes ou la fraude patronale, l'orientation de la Cour traduit une vision punitive et comptable de la sécurité sociale. Elle restreint les droits des assurés sous prétexte d'efficacité et occulte les véritables responsabilités du sous-financement du système de santé. Pouvez-vous quantifier le non-recours aux arrêts de travail et le coût de ses conséquences ?

**M. Elie Califer (SOC).** Alors que l'Ondam avait vocation à encadrer strictement la progression des dépenses de l'assurance maladie, on observe depuis la crise sanitaire une déconnexion croissante entre l'objectif et l'évolution réelle des dépenses. Vous soulignez que cette situation affaiblit la portée de l'Ondam en tant qu'outil de régulation financière et proposez une réforme en profondeur de sa gouvernance, voire une redéfinition de son périmètre.

Selon la note, la croissance moyenne des dépenses de santé serait de 3,4 % entre 2023 et 2025, bien au-delà de l'évolution tendancielle du PIB. Pour les soins de ville, le rapport évoque des mesures coûteuses, telle que la revalorisation du forfait médecin traitant et

la hausse du coût de certains actes techniques. De même, les établissements hospitaliers continuent de bénéficier des mesures issues du Ségur, qui n'ont jamais été financées, dans un contexte de hausse d'activité et de forte tension sur les ressources humaines.

Dans le cadre d'un retour à une trajectoire de finances publiques plus soutenable, quelle méthode et quel calendrier recommandez-vous pour redonner à l'Ondam son rôle de pilier de la régulation des dépenses de santé ? Surtout, quelles garanties peut-on donner pour que les futurs Ondam soient plus sincères sur le plan budgétaire et mieux respectés dans leur exécution, sans fragiliser la qualité des prises en charge ? Pouvez-vous nous éclairer sur le caractère pluriannuel que vous évoquez ?

**Mme Justine Gruet (DR).** La dynamique de nos dépenses de santé est préoccupante. Or j'ai le sentiment que nous nous limitons à des constats, ce qui devient exaspérant. Le chiffre de 265,4 milliards d'euros pour 2025 et la progression moyenne des dépenses depuis la crise sanitaire soulignent l'urgence d'agir. Nous partageons votre constat sur les mesures à prendre pour garantir la pérennité de notre système social. Le déficit cumulé pèsera lourdement sur les générations futures.

Cependant, la maîtrise des dépenses ne doit pas se faire au détriment de ceux qui contribuent déjà le plus à notre système. Nous ne pouvons plus nous contenter de solliciter toujours davantage les travailleurs et les retraités quand notre modèle social, certes admirable, vit au-dessus de ses moyens.

En 2024, la fraude détectée s'élevait à 628 millions d'euros, contre une estimation du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) à 13 milliards par an. Il est compliqué de faire contrôler les fraudes par l'organisme qui distribue l'argent. Nous devons nous donner les moyens d'une action plus efficace contre toutes les formes de fraude : la fraude sociale, les fausses cartes Vitale, le tourisme sanitaire et les arrêts de travail injustifiés.

La proposition d'une réforme de l'aide médicale de l'État, qui deviendrait une aide médicale d'urgence, mérite d'être étudiée attentivement, dans le souci de garantir l'accès aux soins en évitant les abus. Nous avons le devoir de rendre notre système plus efficient et plus juste.

Vous osez pointer un nécessaire changement de paradigme pour favoriser le préventif tout en dénonçant les cures thermales, qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge globale.

Par ailleurs, je pointerai l'absence de stratégie concernant l'accompagnement de la perte d'autonomie. Dans la branche maladie, nous sommes tous pris en charge de la même manière, quels que soient nos revenus, notre lieu d'habitation et notre état de santé, alors qu'on observe des différences de traitement pour la perte d'autonomie. Pouvez-vous évaluer le montant des dépenses liées aux personnes âgées, notamment hospitalisées ?

Enfin, vous osez dire qu'on pourrait ne pas innover à l'heure où l'intelligence artificielle explose et où notre modèle social est à repenser en profondeur. Vous n'avez décidément pas compris les attentes de nos concitoyens.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Votre rapport précis et détaillé n'explore pourtant pas suffisamment à notre sens la question des boucles de rétroaction, autrement dit de ce qui génère de la dépense, au-delà de la surprescription. Je donnerai quatre exemples.

Si les coûts des transports sanitaires augmentent, cela s'explique sans doute en partie par le développement des déserts médicaux et les fermetures d'établissements.

Si le Nord-Pas-de-Calais apparaît en rouge sur votre carte des écarts de dépenses de santé moyennes par patient et par département, c'est sans doute lié au fait que l'espérance de vie y est l'une des plus faibles de France et le recours aux soins l'un des plus tardifs. La surdépense s'explique par le fait que la santé de la population y est plus dégradée qu'ailleurs, sans doute en raison du retard de prise en charge et des conditions de vie.

En psychiatrie, la surprescription est aussi liée à une difficulté de prise en charge, particulièrement chez les jeunes, en raison d'une dégradation du secteur de la pédopsychiatrie.

Enfin, vous n'avez pas évoqué les facteurs environnementaux, comme l'usage de pesticides, qui jouent un rôle dans l'inflation du nombre de cancers du pancréas.

Nous ne réduirons pas nos dépenses de santé sans adopter une vision à 360 degrés.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** La pluriannualité de l'Ondam ne serait-elle pas mieux garantie en étant assise sur une loi de programmation ou d'orientation, qui fixerait la vision et le cadre de la politique de santé pour un minimum de cinq ans ?

Par ailleurs, l'Ondam avait été créé comme un outil de régulation et de pilotage des dépenses. Force est de constater qu'il n'assume plus ces missions. Ne pourrait-on pas élaborer un autre outil plus pertinent, plus efficace et plus efficient ? La Cour et le Parlement ne devraient-ils pas engager une réflexion conjointe à ce sujet ?

**M. Paul Christophe (HOR).** Votre note de synthèse dresse un constat sans appel : la trajectoire des dépenses de santé n'est pas soutenable. Le déficit cumulé des trois branches pourrait doubler d'ici à 2028. La dynamique actuelle menace la pérennité de notre système de protection sociale et alourdirait notre dette sociale de plus de 70 milliards d'euros entre 2025 et 2028.

Les causes sont connues : mesures exceptionnelles post-crise, inflation, vieillissement démographique et dynamique incontrôlée des dépenses liées aux soins de ville. La Cour des comptes identifie des marges de manœuvre significatives, estimées entre 19 et 21 milliards d'euros d'ici à 2029 et passant par la lutte contre les fraudes, la rationalisation des pratiques médicales ou la prévention.

L'importance de cette dernière est grande. Ainsi, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté ces dernières années grâce aux mesures de prévention que nous avons soutenues. Mais ces propositions soulèvent des enjeux cruciaux, parmi lesquels l'adhésion des médecins, des établissements et des assurés à des réformes qui impliquent des renoncements.

La Cour préconise un changement d'échelle. Cependant, l'histoire récente montre que les économies promises peinent toujours à se matérialiser. Quelles mesures coercitives ou incitatives envisagez-vous pour briser les résistances structurelles ? Comment transformer ces ambitions en actions tangibles alors que le temps politique est souvent incompatible avec le temps long des réformes de santé ?

**M. le premier président de la Cour des comptes.** Je comprends que l'on puisse être en désaccord avec nos propositions, que je ne prends pas pour irréfutables, mais il n'y a pas de raison de l'être *a priori* : elles ne sont pas idéologiques. Un certain nombre de sujets,

comme la prévention, le transport sanitaire, la qualité des soins, l'innovation ou la lutte contre la fraude, me semblent dépasser les lignes partisans. En effet, il s'agit certes de faire des économies, mais d'abord et avant tout d'améliorer la qualité des soins et l'espérance de vie. J'aimerais que nous soyons capables d'adopter une approche transpartisane sur ces questions. Je ne peux à cet égard qu'être d'accord avec l'essentiel des propos du rapporteur général. Dans le prochain Ralfss, la Cour appelle de ses vœux le pilotage annuel de l'Ondam.

L'Ondam reste un excellent outil de pilotage des dépenses de santé. Si nous ne l'avions pas, nous souhaiterions l'instituer. Créé en 1996, il a été systématiquement respecté dans les années 2010 : c'est vers 2020 qu'il a cessé de l'être. Il a plusieurs avantages. Son périmètre de dépenses est transversal aux trois branches concernées. Il est adopté chaque année au Parlement pour l'année qui suit, avec une trajectoire à horizon  $n+3$ . Depuis la sortie de la crise sanitaire, la Cour plaide pour redonner pleinement à l'Ondam son rôle de pilotage des dépenses de santé.

En ce qui concerne l'offre de soins hospitaliers, il est des situations préoccupantes qui ne peuvent pas rester en l'état. Selon la HAS, à la fin de l'année 2024, 13 % des établissements de santé, publics et privés, ne répondaient pas aux exigences en matière de qualité des soins. Parmi eux, 4 % ne sont pas certifiés, ce qui fait quand même soixante-dix établissements. La réorganisation régionale du parcours de soins ne doit pas se faire au détriment de la qualité et de la sécurité des soins, qui doivent rester une ligne directrice.

En ce qui concerne la certification, je ne sais pas quelle idée se font certains du plaisir de la Cour des comptes, mais ce n'est certainement pas d'exterminer les pouvoirs publics et de refuser des certifications. Si j'ai poussé un cri de colère devant la commission des finances, c'est parce que j'ai le sentiment que l'administration fait preuve de mauvaise volonté pour répondre à ses obligations, ce qui n'est pas acceptable. S'il en va ainsi l'année prochaine, la Cour n'hésitera pas à refuser de certifier les comptes de l'État, j'en prends l'engagement. Mais j'ai le sentiment d'avoir été entendu. J'ai eu de nombreux échanges avec les ministres en charge, qui semblent avoir compris la nécessité de lancer un plan pluriannuel de réduction des réserves.

En ce qui concerne la sécurité sociale, il s'agit davantage de difficultés à recueillir les données et de problèmes techniques que de mauvaise volonté. Nous avons constaté l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille et avons certifié ceux des autres branches avec de nombreuses réserves, mais je voudrais souligner les efforts fournis par les organismes, par exemple, pour l'assurance maladie, en matière de fraude.

Nous jouons notre rôle avec la sévérité nécessaire et l'objectivité indispensable : il est important que les pouvoirs publics assument leurs responsabilités et nous répondent. Je n'ai jamais parlé d'une « insincérité » des comptes, qui signifierait une volonté de tromper que je n'ai pas constatée. J'ai observé en revanche des erreurs de prévision sérieuses. Il faut renforcer la qualité des prévisions et les soustraire en partie au dialogue singulier entre le pouvoir politique et l'administration – l'hubris de l'un face à l'embarras de l'autre. La Cour publiera vendredi son rapport sur la sécurité sociale ; nous y proposons des mesures sur la certification.

En ce qui concerne les GHT, la Cour recommande qu'ils soient dotés d'une véritable personnalité morale, ce qui leur permettrait d'être plus efficaces dans leurs prises de décisions.

Pour la pluriannualité de l'Ondam, la LFSS comporte déjà une trajectoire à  $n+3$  ; il faudrait sans doute doubler cette durée.

Monsieur Boyard, vous présumez que je comprends que nous ne soyons pas d'accord. Pas complètement, en réalité. Il me semble que tout le monde pourrait s'accorder sur un certain nombre de recommandations de cette note, qui sont factuelles et contribueraient à l'amélioration de la qualité des soins, qui constitue notre objectif commun.

Sur la question des arrêts de travail, je ne peux pas laisser dire que la Cour critique les salariés : elle indique que les professionnels pourraient mieux appliquer les recommandations de la HAS, ce qui est très différent. Elle n'est pas du côté des uns ou des autres, mais de celui de la santé.

Monsieur Califer, nous proposons de dégager 20 milliards d'euros d'économies pour que le rythme d'augmentation des dépenses de l'Ondam soit inférieur à celui de ses recettes, afin d'éviter une augmentation de la dette. On parle beaucoup d'austérité, mais la situation des comptes publics est très préoccupante. Nous sommes les mauvais élèves de la classe européenne. Nous enregistrons le plus haut déficit de la zone euro, notre dette est celle qui augmente le plus et sa charge aura pratiquement quintuplé en une décennie. Comment faire des investissements intelligents pour l'avenir quand on rembourse 100 milliards chaque année ?

Il nous faut maîtriser notre dette, et cette question n'est ni de gauche ni de droite. Aucun gouvernement n'aura les moyens de son action sans cette maîtrise. Nous sommes face à un choix : fournir des efforts maintenant ou subir l'austérité plus tard, quand ceux qui nous prêtent cesseront de considérer qu'ils peuvent nous faire confiance. L'austérité serait une catastrophe pour le pays. La maîtrise des dépenses n'est ni une manie, ni un caprice : c'est un besoin pour la société tout entière.

Madame Gruet, la Cour évalue la fraude à 4,5 milliards d'euros, même si cette évaluation est partielle. L'objectif de récupérer 1,5 milliard d'euros est difficile, mais possible à atteindre. Peut-être peut-on faire plus, mais nous n'en sommes pas là.

Madame Rousseau, notre note ne peut pas prendre en compte toutes les boucles de rétroaction, mais certaines ont déjà été intégrées à nos calculs. Ainsi, au sujet des écarts entre les départements, nous avons pris en compte les différences en matière de population, d'âge, de condition sociale ou de genre. Nous nous fondons sur une sorte de moyenne pondérée en fonction des situations, de sorte que l'objectif d'économies que nous avons déterminé n'est que de 2,8 milliards d'euros au lieu des 5,6 milliards théoriques que l'on obtient sans tenir compte de ces différences. Par ailleurs, j'insiste encore une fois sur les efforts à faire en matière de prévention, dont le manque explique largement la situation sanitaire dégradée et les prises en charge tardives et coûteuses de certaines régions.

Enfin, le recours à l'intelligence artificielle doit permettre de mieux analyser les dépenses par rapport aux référentiels de la HAS, de mieux expliquer les écarts entre les départements et de mieux lutter contre les fraudes.

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

**Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP).** Dans votre note, vous reprenez la vieille rengaine du « trou de la sécu ». Ce récit ressassé depuis des décennies sert systématiquement à justifier des politiques d'austérité de plus en plus dures et injustes. Vous tirez la sonnette d'alarme quant à l'augmentation des dépenses mais restez curieusement silencieux sur la question des recettes. Or le déficit n'est pas le résultat d'une dérive des dépenses mais d'un sous-financement organisé.

Votre plan d'économies commence par le renforcement de la lutte contre la fraude, qui cible d'abord les assurés sociaux. Ce choix est d'autant plus surprenant que les chiffres sont clairs : 75 % des fraudes à l'assurance maladie sont le fait de professionnels de santé. Quant à la fraude patronale, elle reste largement impunie et le taux de recouvrement plafonne à 10 % selon le HCFiPS. Comment justifier cette inversion des responsabilités ? Plus largement, peut-on encore parler de solidarité quand la Cour des comptes semble ne voir dans la sécurité sociale qu'un poste budgétaire dans lequel il faudrait couper ?

**Mme Josiane Corneloup (DR).** La Cour propose des pistes pour que les dépenses soient plus pertinentes, efficaces et justes, dans l'idée qu'il faut débureaucratiser nos services de santé et agir en profondeur, ce que je partage.

En revanche, certaines recommandations appellent des commentaires, comme la réduction de la prise en charge des soins de cure thermique. Grâce au travail de l'Association française pour la recherche thermique, des essais cliniques rigoureux ont été menés, qui ont démontré l'efficacité des cures dans la prise en charge de l'arthrose, de la fibromyalgie, de la maladie de Parkinson et de l'obésité. Ces pathologies font souvent l'objet d'une ALD et représentent un coût élevé de prise en charge. La médecine thermique est un soin complémentaire sûr, qui a très peu d'effets secondaires et coûte beaucoup moins cher qu'une hospitalisation ou une prescription médicamenteuse prolongée. Une étude récente a montré que généraliser les cures pour les patients parkinsoniens pourrait générer 13 millions d'euros d'économies par an. Vous disiez que la prévention devait devenir une priorité : les cures thermales en font partie. Nous devrions renforcer cette médecine et l'intégrer pleinement au parcours de soins.

Enfin, s'agissant de la hausse tendancielle des médicaments innovants, la Cour évalue-t-elle leur rapport coût-bénéfice, et cela non seulement pour les patients mais pour la société dans son ensemble ?

**M. Denis Fégné (SOC).** Dans sa proposition n° 15, la Cour recommande d'augmenter le ticket modérateur sur les remboursements de soins de cure thermique et de supprimer la participation de l'assurance maladie aux frais de transport et d'hébergement hors ALD. Pourtant, le thermalisme médical ne doit pas être analysé comme un coût pour la sécurité sociale, mais comme une source d'économies. C'est une offre thérapeutique naturelle dépourvue d'effets secondaires. Son coût en 2023 a été de 350 millions d'euros, soit 0,13 % des dépenses nationales de santé, pour plus de 8,3 millions de journées de soin. Le thermalisme s'inscrit pleinement dans le développement de l'approche préventive et est pris en charge dans les principaux pays européens. Il s'attaque aux causes profondes des maladies et permet d'éviter des hospitalisations et des traitements médicamenteux. Quelle est la logique de la préconisation de la Cour ?

**M. Elie Califer (SOC).** Il faut maîtriser les dépenses, mais surtout assurer une qualité et une organisation efficiente des soins, tenant compte des réalités territoriales. Y aurait-il une mauvaise volonté pour l'outre-mer ? Des surcoûts ont été reconnus dans les

territoires ultramarins, entraînant la mise en place d'un coefficient géographique. Cependant, ce dernier n'est pris en compte que lorsque les hôpitaux sont à bout de souffle et quand les élus se mobilisent, comme à La Réunion en 2024. Ne faudrait-il pas directement intégrer le coefficient au budget annuel ? Comment les établissements ultramarins peuvent-ils assurer une prise en charge de qualité quand ils peinent à financer leurs besoins médicaux et subissent le bon vouloir de certaines ARS ?

**M. Fabien Di Filippo (DR).** Le modèle hospitalier est renfloué chaque année par les ARS et le budget de l'État. En même temps, pour équilibrer leur budget, les hôpitaux ont besoin de réaliser plus de soins et d'actes. Comment penser l'équilibre de ce modèle à terme, sachant que la proportion de personnel soignant a tendance à diminuer dans ces établissements ?

**M. François Gernigon (HOR).** Le développement de la prévention entraînera une baisse des dépenses en soins curatifs. Sommes-nous capables de chiffrer les économies que nous pourrions réaliser pour un investissement donné en prévention dans le cadre d'un plan pluriannuel ?

**M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP).** Monsieur le premier président, votre discours est difficilement soutenable, d'abord parce qu'il tend à attribuer la quasi-exclusivité de la fraude aux assurés. Il est aussi obsessionnellement attaché aux dépenses, au détriment de recettes dont vous vous privez délibérément.

Enfin, vous donnez une image dégradée des pays dits d'outre-mer. Quand vous mentionnez la dette de leurs hôpitaux, vous omettez de dire que le coefficient géographique est notoirement sous-évalué et que l'application de la tarification à l'activité dans nos collectivités constitue une hérésie. Vous évoquez l'obésité, nous présentant comme une source de dépenses. Cependant, obésité et diabète ont été provoqués, avec la bénédiction de l'État, par le déversement de produits comportant des taux de sucre notoirement supérieurs à ce qui pouvait exister légalement en France. De plus, les cancers et autres maladies chroniques sont notamment dus à l'utilisation dérogatoire du chlordécone dans nos pays.

Nous subissons donc des politiques publiques erratiques : dès lors, passer pour les plus grands dépensiers de l'Ondam nous pose un problème.

Nous sommes d'accord avec l'idée de renforcer l'efficacité de la médication mais, comme le Gouvernement, vous refusez l'idée d'expérimenter le médicament cubain Heberprot-P pour les pieds diabétiques, qui permet d'éviter les amputations. Nous avons une solution à deux pas de chez nous, et vous restez sourd à nos propositions.

Nos territoires riches en champions auraient aussi pu jouer un rôle de locomotive pour le sport santé en France. Là encore, nos propositions rencontrent votre surdité.

Dans nos territoires, la santé sombre peu à peu dans un coma profond. Cela dénote une approche coloniale de cette question. Vous nous imposez votre vision, vos méthodes et vos règles inadaptées à nos réalités. Quand cela changera-t-il ?

**M. le premier président de la Cour des comptes.** En vous écoutant, monsieur Nilor, madame Hamdane, je me demande quelle représentation vous vous faites de ce que nous sommes.

D'abord, la Cour des comptes n'est ni le Gouvernement ni le Parlement : il s'agit d'une institution indépendante.

Ensuite, vous semblez établir une équation entre Cour des comptes, austérité et ciblage des assurés. Cela n'a pas de sens. Je n'ai jamais été, dans aucune de mes fonctions, en faveur de l'austérité, qui serait une catastrophe pour la société. Mais je rappelle que la part de l'Ondam dans le PIB s'élève à 8,9 % : ce n'est pas de l'austérité, c'est une explosion de la dépense ! il arrive un moment où, quelles que soient nos préférences politiques, faire des économies est juste se montrer rationnel. Nous ne proposons pas de couper les dépenses mais de stabiliser leur progression, à quelque 8,8 %. Ayons un peu de bon sens !

Autre tarte à la crème : nous serions en train de taper sur les assurés. J'ai été très surpris qu'on tire cette conclusion de nos recommandations. La lutte contre la fraude ne vise pas les assurés, mais en priorité les professionnels, qui sont responsables de la fraude à 80 %. La Cour a demandé à la Cnam de reprendre les contrôles dans les hôpitaux et de renforcer ceux qui touchent les métiers les plus sensibles – infirmier ou kinésithérapeute, par exemple.

Plusieurs questions, de plusieurs bords, ont été posées sur les cures thermales. Les cures thermales peuvent être utiles et de qualité dans certains cas, mais dans beaucoup d'autres cas, leur bénéfice médical n'est pas démontré par les autorités de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les cures relèvent moins de l'assurance maladie que des complémentaires de santé, par exemple. Notre but est simplement de rationaliser l'accès à ces cures.

La question du déficit des hôpitaux dépasse le seul problème ultramarin. Cependant, je suis sensible au sujet des territoires d'outre-mer et nous connaissons les causes que vous évoquez, monsieur Nilor. Dans notre rapport sur la jeunesse, nous avons fait une étude sur l'obésité en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie. Les chiffres y sont extraordinairement importants et les facteurs tiennent effectivement à des difficultés de prévention, à des problèmes sociaux et médico-sociaux qui doivent être traités.

Le prochain Ralfss montrera que le déficit des hôpitaux atteint 3 milliards d'euros, malgré une activité enfin supérieure à celle de 2019. Il devient incontournable de mener une réflexion sur le sujet.

La prévention représente une source d'économies et la prise en charge précoce évitera des coûts de soins et d'hospitalisation. La Cour publiera dans l'année des travaux sur le cancer du sein, le diabète et l'accident vasculaire cérébral, qui mettent en évidence une assez mauvaise gestion. En faisant des économies, nous sauverons surtout des vies.

La Cour ne reproche pas aux citoyens leurs comportements. Au contraire, elle milite pour les faire évoluer, notamment grâce aux taxes comportementales et à la prévention primaire.

Quant aux recettes, il appartient à la représentation nationale d'établir quel est le bon niveau de prélèvements obligatoires. Observons simplement que nous sommes au premier rang des pays de la zone euro et que nos marges de manœuvre en la matière sont très limitées – mais pas interdites.

Monsieur Gernigon, je ne peux donner le chiffre précis que vous demandez sur les dépenses de prévention, mais la question est importante.

La maîtrise et la qualité des dépenses constituent une nécessité et devraient pouvoir faire l'objet d'une réflexion transpartisane. Je le dis avec une expérience de treize années : j'observe des dérives préoccupantes dans nos finances publiques et je sais que, si nous ne fournissons pas des efforts maintenant, l'austérité que certains évoquent nous sera imposée de l'extérieur. Je ne le souhaite pas pour mon pays. Il s'agit d'un message d'intérêt général.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Je vous remercie de vos réponses.

\*

*Enfin, la commission examine, en application de l'article 91 du Règlement, les amendements aux articles 1<sup>er</sup> à 6 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (n° 1364) (Mme Brigitte Liso et M. Laurent Panifous, rapporteurs).*

*La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après (\*) :*

| N°   | N° Id | Auteur                      | Groupe  | Place |
|------|-------|-----------------------------|---------|-------|
| 2648 |       | Gouvernement                |         | 4     |
| 778  | X     | M. RODWELL Charles          | EPR     | 5     |
| 1519 | 778   | M. MONNET Yannick           | GDR     | 5     |
| 1859 |       | M. MONNET Yannick           | GDR     | 5     |
| 1451 | X     | M. ALLEGRET-PILOT Alexandre | UDR     | 5     |
| 1863 | 1451  | M. MONNET Yannick           | GDR     | 5     |
| 2224 | 1451  | Mme LINGEMANN Delphine      | Dem     | 5     |
| 2209 |       | Mme RIST Stéphanie          | EPR     | 5     |
| 1864 |       | M. MONNET Yannick           | GDR     | 5     |
| 2124 |       | Mme LEBOUCHER Élise         | LFI-NFP | 6     |
| 1722 | X     | M. VALLETOUX Frédéric       | HOR     | 6     |
| 1723 | 1722  | M. PANIFOUS Laurent         | LIOT    | 6     |
| 1724 |       | M. PANIFOUS Laurent         | LIOT    | 6     |
| 344  | X     | Mme RUNEL Sandrine          | SOC     | 6     |
| 2131 |       | Mme GALLIARD-MINIER Camille | EPR     | 6     |
| 1725 |       | M. PANIFOUS Laurent         | LIOT    | 6     |

*(\*) Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

*La réunion s'achève à douze heures trente-cinq.*

### **Informations relatives à la commission**

*La commission a désigné :*

– *M. Pierre Cordier rapporteur de la proposition de loi permettant aux salariés de participer aux collectes de sang, de plaquettes ou de plasma sur leur temps de travail (n° 732) ;*

– *M. Stéphane Viry rapporteur de la proposition de loi visant à exercer l'accès à l'emploi, pérenniser et étendre progressivement l'expérimentation Territoires zéro chômeur longue durée comme solution de retour à l'emploi pour les personnes privées durablement d'emploi (n° 1326) ;*

– *M. Édouard Bénard rapporteur de la proposition de loi visant à accorder le versement des allocations familiales dès le premier enfant (n° 1342) ;*

– *Mme Émeline K/Bidi rapporteure de la proposition de loi visant à renforcer la solidarité envers les retraités pauvres (n° 1344).*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Éric Bothorel, M. Louis Boyard, M. Elie Califer, M. Paul Christophe, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Pierre Cordier, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sandra Delannoy, M. Fabien Di Filippo, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Olivier Fayssat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, M. René Lioret, Mme Christine Loir, Mme Hanane Mansouri, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, Mme Joséphine Missoffe, M. Serge Muller, M. Jean-Philippe Nilor, M. Laurent Panifous, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

*Excusés.* – Mme Anchya Bamana, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Émeline K/Bidi, Mme Élise Leboucher, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Freddy Sertin

*Assistaient également à la réunion.* – M. Salvatore Castiglione, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Denis Fégné, Mme Karine Lebon, M. Matthias Tavel