

En synthèse :

- **Communication du DGs** : des économies supplémentaires et un assistant IA de santé sur Ameli.
 - **Rapport Charges et Produits 2027** : un mélange de bonnes pratiques, de poudre aux yeux et d'attaques directes de notre système de protection sociale !
-

1.Communications du DG

- A ce jour, l'assurance maladie respecte l'objectif fixé par l'ONDAM. Toutefois, à la suite de l'avis du Comité d'alerte budgétaire des finances de l'état, des nouvelles mesures d'économies ont été demandées. Le gouvernement a ainsi sollicité un milliard d'euros d'économies supplémentaires d'ici à la fin de l'année, dont 800 millions d'euros pour la seule branche AT-MP. Une nouvelle illustration de la pression budgétaire qui continue de peser sur la Sécurité sociale.
- Le Premier ministre a également demandé à l'Assurance maladie de développer un **assistant de santé basé sur l'intelligence artificielle**, accessible depuis le compte Ameli, afin de mieux orienter les assurés dans leur parcours de soins. Une mission de cadrage est engagée jusqu'à fin septembre, avec l'appui de trois personnalités reconnues dans les domaines de la santé, du numérique et de l'intelligence artificielle. Cette mission devra notamment définir :
 - les missions de l'assistant et ses limites d'intervention ;
 - le cadre éthique, médico-juridique et réglementaire de son utilisation ;
 - les données qui seront mobilisées et produites ;
 - les différentes architectures techniques envisageables ainsi que les partenariats nécessaires, avec une attention particulière portée à la souveraineté numérique, à la résilience des systèmes d'information et à la limitation de toute dépendance vis-à-vis de fournisseurs privés.
- La Cnam a par ailleurs publié une étude consacrée au gaspillage des médicaments, visant à identifier les marges de progrès pour limiter les pertes et améliorer le bon usage des traitements
- Enfin, à compter du **1er septembre**, les protections périodiques réutilisables seront prises en charge par l'Assurance maladie pour les femmes de moins de 26 ans ainsi que pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Le remboursement sera fixé à **60 % par l'Assurance maladie**.

2. Charges et produits 2027

Ce rapport est le point de départ du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS).

Ce rapport repose sur 3 piliers :

- Prévention
- Parcours du soin
- Juste soin au juste au prix.

En synthèse, ce rapport porte 40 propositions structurantes, sur plusieurs axes :

- **Augmenter encore la prévention** autour de plusieurs sujets :
 - Une alimentation plus saine (obligation du Nutriscore sur les aliments emballés et identification des produit ultra-transformé)

▪ Ex. :



- Ceci a déjà montré des résultats bénéfiques au Chili
- Mais pour rappel : Les industriels de l'agro-alimentaire ont réussi à éviter l'usage du Nutriscore sur de nombreux aliments... Rendre obligatoire et plus sévère le Nutriscore ne va pas être simple face à ces lobbies !

- **Génération sans tabac avec l'interdiction de vendre du tabac au jeunes**

- Un projet de loi déposé en nov. 2025 propose d'interdire la vente de tabac à toute la génération née à partir du 1^{er} Janvier 2014 (à l'image de ce qui a été réalisé en Grande Bretagne).
- **Il ne s'agit donc plus d'une limite d'âge (18 ans actuellement), mais bien d'interdiction de vente de tabac à partir d'une génération.**

- Dépister à l'école les troubles chez les jeunes enfants (troubles visuels et du langage)

- C'est bien, ... mais les PMI, en première ligne sur ces sujets, sont en souffrance du fait d'une baisse de leurs moyens : Qui va assurer ces dépistages et avec quels moyens ?

- Elargir le cadre des expérimentations (article 51) pour réduire les délais d'attente et la prise en charge des troubles mentaux (jeunes et adolescents)

- Mais comment « Mon Soutien Psy » peut compenser la baisse des moyens dans les institutions spécialisées sur les maladies mentales ? Comment peut-on réduire les délais avec si peu de moyens (la liste des professionnels ayant souscrit à Mon Soutien Psy représente moins de 50% de la profession) ? Et l'accès à Mon Soutien Psy se limite dans le temps à un nombre de séances.

- **Améliorer le parcours de soin des maladies chroniques :**

- Recueil de l'Expérience Patient pour améliorer la compréhension et l'adhésion au parcours de soin (réalisé depuis des années avec « succès » au Canada ...)
 - *Au Canada, le parcours de soin est expliqué, mais surtout imposé : et si tu fais un écart, tu n'es plus pris en charge !*
- Améliorer la prise en charge des anciens dont le nombre et la proportion augmente de façon continue (vaccination Pneumocoques, Accès à Mon soutien Psy, Hébergements temporaires dans le parcours de soin)
- Revoir l'activité hospitalières (avec les SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation)
- **Juste soin au juste prix**
 - Réguler les dépenses de médicament par une désescalade thérapeutique
 - Prévention et maîtrise des arrêts de travail
 - *Est-ce encore une attaque pour réduire le coût des Indemnités Journalières ? (et donc baisser la prise en charge des arrêts de travail !)*
 - Augmenter la lutte contre la Fraude
- **Adapter notre politique de santé publique aux spécificités des DROM**
 - Agir sur l'alimentation (taux de sucre dans les aliments)
 - Plan diabète
 - Renforcer l'accès à Mon soutien Psy
 - Actions sur la santé sexuelle
 - Renforcer la prévention auprès des jeunes enfants
- **Poursuivre collectivement les efforts pour contenir le niveau des dépenses**
 - Définir un taux fixe de dépense, par rapport à notre PIB
 - *Alors que le principe de la sécurité social, c'est bien d'adapter notre système de soin aux besoins de la population, on propose ici une adaptation au budget ...*
 - Renforcer l'articulation avec les complémentaires ...notamment par la mise en place d'un « contrat socle » chez les fournisseurs d'une Assurance maladie Complémentaires (AMC)
 - *Ce type de proposition participe à la déconstruction de la Sécu en proposant aux mutuelles de prendre en charge un « contrat socle » (à la place de la Sécu). Et comme il s'agit d'un socle minimum, il pousse les assurés (qui en ont les moyens) à augmenter leur couverture par une « sur-complémentaire » à acheter chez les assureurs privés. Un double effet pour réduire le périmètre de la Sécu !*
 - *Les propositions sur le parcours de soin des maladies chroniques sont une attaque sur les ALD. Il y a une volonté annoncée de sortir du régime des ALD une partie des assurés.*

Compte-rendu du Conseil de la Cnam

du 09 juillet 2026

Le Trou de Mémoire de la Sécu ?

Sur le reste ... ce rapport commence par une chose qui fâche : le classique « tableau d'évolution du **déficit de l'Assurance Maladie** » (avec une annonce de 13,8 Milliards d'euros de déficit en 2027), **en oubliant de dire que c'est la ponction dans les recettes**, pour des raisons sans lien avec la santé publique (remises de cotisations pour relancer l'économie française !) qui est à l'origine de ce déficit ...

De même, l'apologie de la lutte contre la fraude nécessite de regarder de près la manière dont sont comptabilisés les 723 Millions d'Euros de préjudice financier détectés et stoppés en 2025 !

Lors d'une présentation en CSE il y a quelques années, la direction de la Cnam nous avaient expliqué qu'il était presque impossible de récupérer l'argent détourné ...

Mais alors ? Comment font-ils ?

Simple : Dans l'expression « détectés et stoppés » il faut comprendre que c'est la somme du préjudice détecté + le préjudice stoppés ... Et si on en détecte beaucoup, on n'en stoppe très peu ...

Les choses se sont améliorées ces dernières années, avec une détection AVANT le versement des fonds, mais les montants annoncés dans ce rapport mélangent beaucoup de choses ...

Notre Analyse du rapport Charges et produits:

Ce rapport **mêle** des propositions qui relèvent **du bon sens**, des effets d'annonce et des orientations qui constituent, à nos yeux, **une remise en cause progressive de notre système de protection sociale solidaire**.

Sa logique est avant tout guidée par la maîtrise des dépenses, dans une approche essentiellement comptable, plutôt que par la réponse aux besoins de santé de la population et le renforcement des droits des assurés. **Pourtant, la santé ne peut être réduite à une variable d'ajustement budgétaire.**

La CGT défend une tout autre ambition avec son projet de **100 % Sécu**: la santé est un droit fondamental et les dépenses de santé sont un investissement collectif, indispensable à la cohésion sociale, à l'égalité et au développement économique. C'est pourquoi nous revendiquons le remboursement à 100 % par la Sécurité sociale de tous les soins utiles, afin de garantir un accès aux soins sans reste à charge et de réduire le rôle des complémentaires santé.

Par ailleurs, d'une année sur l'autre, les rapports « Charges et Produits » reproduisent les mêmes leviers d'économies : développement des génériques et maîtrise des dépenses de médicaments, transports sanitaires, contrôle des arrêts de travail, pertinence des prescriptions et des soins, lutte contre la fraude, développement du numérique.

Cette récurrence traduit une orientation constante : rechercher des économies sur les dépenses plutôt que d'ouvrir un véritable débat sur les recettes de la Sécurité sociale.



Compte-rendu du Conseil de la Cnam

du 09 juillet 2026

Les propositions visant à renforcer durablement son financement – remise en cause des exonérations de cotisations, augmentation des ressources assises sur les richesses créées, lutte contre les exonérations inefficaces ou réforme du financement – ne figurent pas dans le rapport.

Pour la CGT, l'avenir de la Sécurité sociale ne peut reposer sur une succession de plans d'économies. Il suppose au contraire des financements pérennes, une réponse aux besoins de santé de la population, le renforcement de la Sécurité sociale et l'amélioration de l'accès aux soins pour toutes et tous.

Déclaration des conseillers CGT :

La CGT tient tout d'abord à saluer la qualité du travail d'analyse présenté dans ce rapport Charges et Produits 2027 ainsi que les échanges qui ont nourri son élaboration au sein du Conseil.

Nous pouvons regretter que ces éléments aient déjà été versé dans le débat public avant même que le conseil ne soit prononcé. La délégation CGT souhaite rappeler à la direction de la CNAM que les orientations de la Branche doivent être votées par le conseil, sur proposition du directeur, avant d'être versée au débat public ou présentée comme des choix déjà validés.

Le constat dressé par ce rapport est préoccupant. Le déficit de l'Assurance maladie atteint un niveau particulièrement élevé, tandis que les besoins de santé de la population continuent de croître sous l'effet du vieillissement, de l'augmentation des maladies chroniques, des inégalités sociales et territoriales de santé et des difficultés persistantes d'accès aux soins.

Pour la CGT, ce constat doit conduire à réaffirmer un principe simple : la santé n'est pas un coût mais un investissement social. La réponse aux difficultés financières de l'Assurance maladie ne peut reposer principalement sur une logique comptable ou sur de nouvelles restrictions d'accès aux soins.

Nous partageons l'ambition affirmée dans ce rapport de faire de la prévention une priorité majeure. Le développement du dépistage précoce chez les enfants, la lutte contre le tabagisme, les actions en faveur d'une alimentation plus saine, la santé mentale ou encore la prévention des maladies chroniques constituent des orientations positives.

La CGT soutient également la nécessité de renforcer l'engagement des patients et d'améliorer les parcours de soins. Cependant, ces objectifs ne pourront être atteints qu'en donnant aux professionnels de santé les moyens d'exercer leurs missions dans de bonnes conditions. Or les difficultés de recrutement, les fermetures de lits, les tensions hospitalières et les déserts médicaux demeurent des réalités quotidiennes pour les assurés sociaux.

Nous souhaitons souligner l'intérêt porté cette année aux territoires ultramarins. Les écarts constatés dans les DROM en matière de diabète, de santé mentale, de prévention ou d'accès aux soins exigent des réponses spécifiques, ambitieuses et financées à la hauteur des besoins.

S'agissant des propositions de maîtrise des dépenses, la CGT appelle à la plus grande vigilance. **La recherche du « juste soin au juste prix » ne doit jamais conduire à une remise en cause de la qualité des prises en charge ni à transférer davantage de dépenses vers les ménages.** Elle rappelle son attachement à une Assurance maladie solidaire couvrant l'ensemble de la population selon ses besoins.

La CGT est favorable à la lutte contre les fraudes, sous toutes leurs formes, dès lors qu'elle s'exerce dans le respect des droits des assurés et des professionnels. Elle estime toutefois que les économies attendues ne sauraient constituer à elles seules une réponse au défi structurel du financement de notre système de santé.

Enfin, la CGT considère que l'avenir de l'Assurance maladie passe par un renforcement de ses recettes fondé sur la richesse créée dans le pays, par une politique ambitieuse de prévention, par le développement du service public de santé et par la réduction des inégalités d'accès aux soins. Nous considérons aussi



Compte-rendu du Conseil de la Cnam

du 09 juillet 2026

les organisations de travailleur·ses doivent retrouver toute leur importance dans le pilotage de la Sécurité sociale.

Fidèle aux valeurs fondatrices de la Sécurité sociale, la CGT continuera à défendre une Assurance maladie universelle, solidaire et de haut niveau, garantissant à chacune et chacun l'accès effectif aux soins tout au long de la vie.

Pour ces raisons, tant sur la forme que sur le fond la CGT, en toute responsabilité, émet un avis défavorable.

Vote du conseil sur le rapport :

- 16 voix favorables
- 12 prises d'actes
- 7 voix défavorables.