ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

CNSA

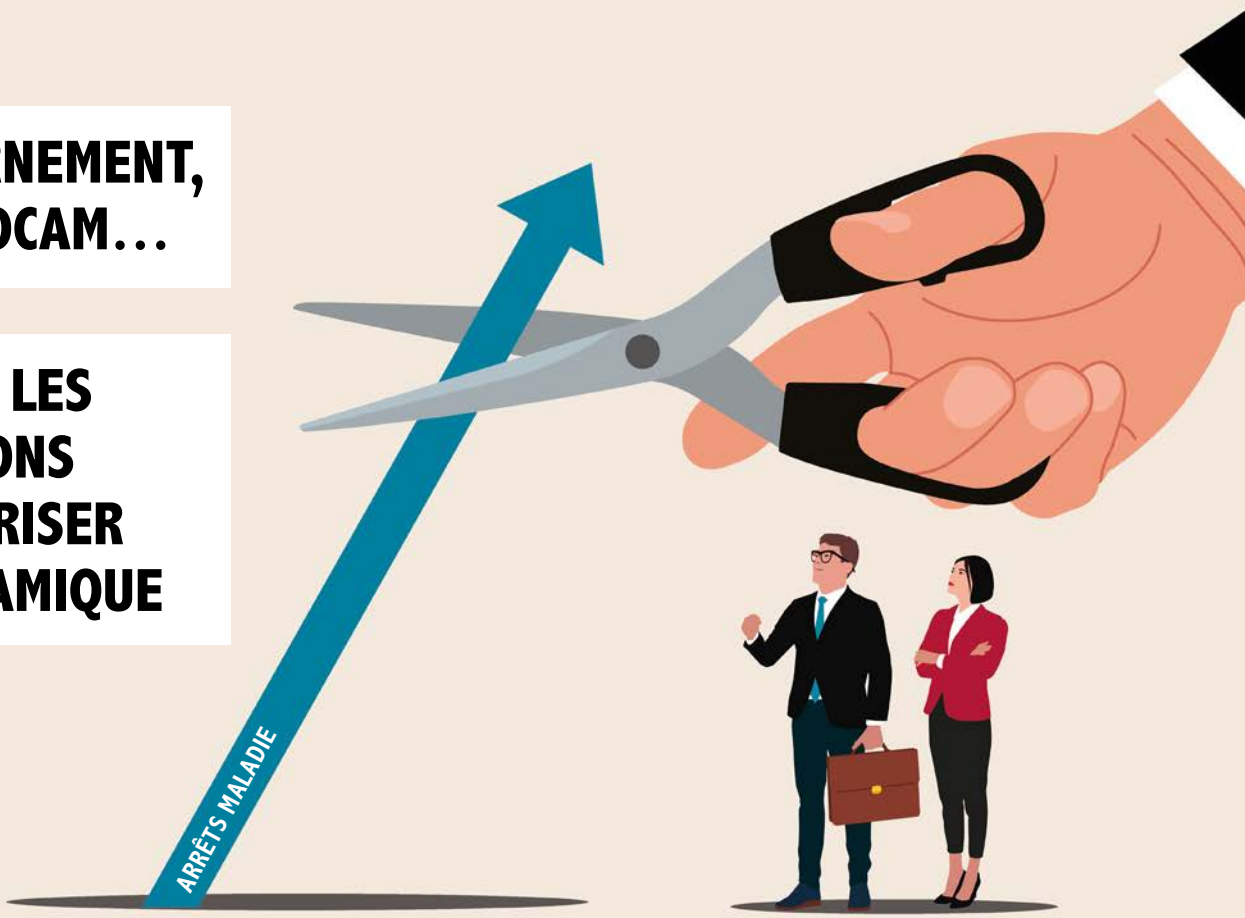
Les priorités 2026-2030 réaffirmées

SPÉCIAL

ARRÊTS MALADIE

GOUVERNEMENT, CNAM, OCAM…

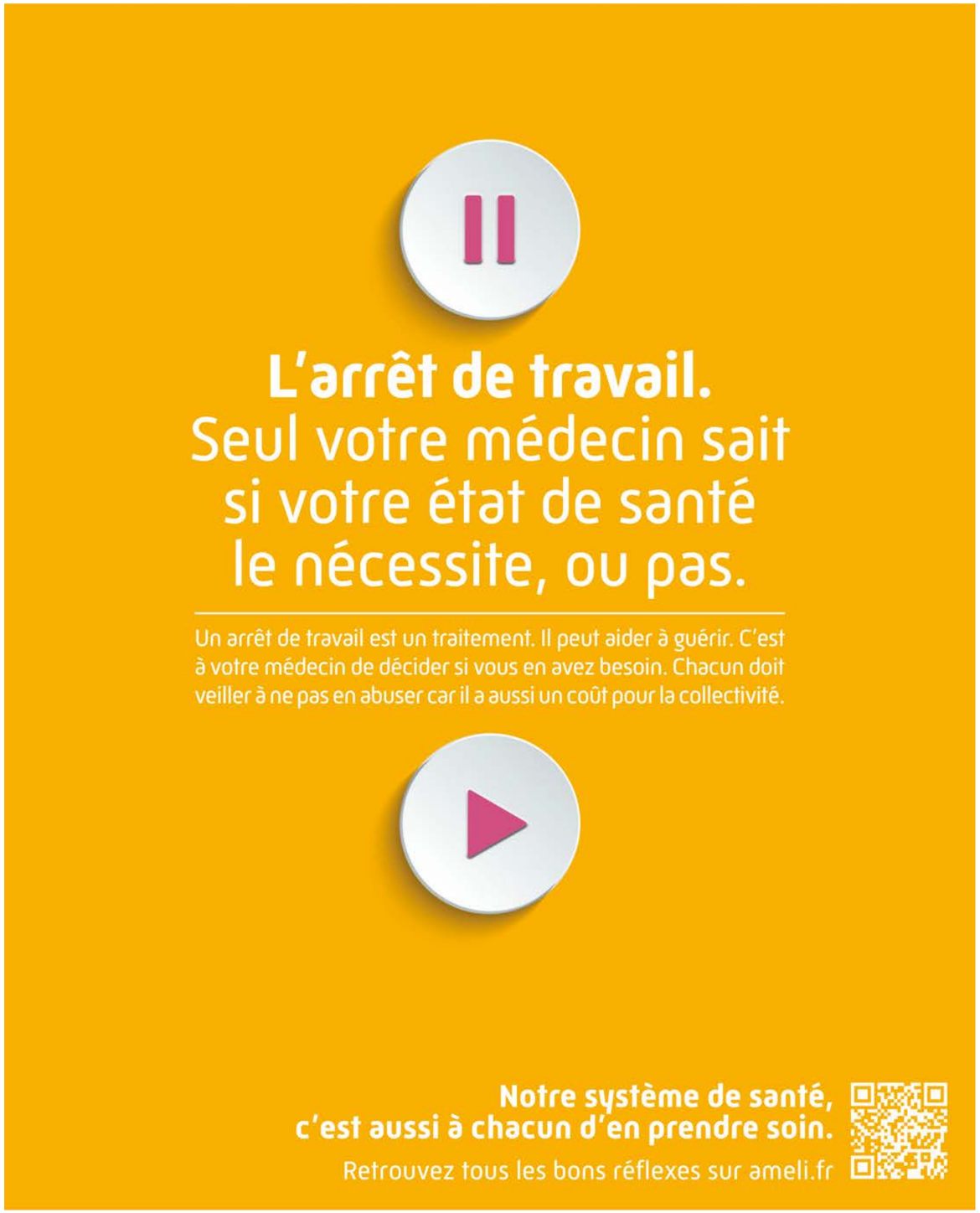
TOUTES LES SOLUTIONS POUR BRISER LA DYNAMIQUE



N° 1299 - BIMENSUEL DU 4 AU 21 MAI 2026 15 €



“ IL Y AVAIT UN POTENTIEL À EXPLOITER ”
RENAUD VILLARD, 10 ANS A LA TÊTE DE LA CNAV



ÉDITO

Alexandre Beau



Ocam, l'acharnement



Dernière heure, comme notre confrère du *Canard Enchaîné* l'a révélé, le gouvernement saisit le Conseil d'État sur la question du gel des tarifs des Ocam en 2026. Une disposition délirante figurant dans la LFSS. Un qualificatif adapté tant, à maints égards, ce « machin » juridique, issu d'un amendement parlementaire impensé en droit, rend la situation totalement inextricable.

D'un côté, en droit de la Sécurité sociale, cette clause est irrecevable. De l'autre, en droit tout court, elle porte atteinte aux libertés des acteurs privés. Quoique l'on pense de l'évolution des cotisations (ou primes) pratiquées par les Ocam, ils n'agissent pas dans le cadre d'un marché à tarif réglementé. Bref, le Conseil constitutionnel n'a pas très bien fait le taf en validant cette LFSS. Plus paradoxales encore, les ministres concernés ont missionné des experts pour faire émerger des solutions intelligentes sur l'articulation entre AMO et AMC d'ici à l'été. Inutile de dire que l'état-major de la CNAM feint de se passionner sur ce dossier. Pas plus qu'il ne le faisait lors du micro-épisode fantasmé de la Grande Sécu il y a cinq ans de cela. Du côté des Ocam, on se méfie d'un éventuel effet boomerang dès lors que l'État a le dernier mot.

Dans ce contexte, on ne voit pas aisément sur quoi peut déboucher cette mission alors que se profile le lancement anticipé de la campagne présidentielle à l'automne prochain et que le prochain PLFSS s'annonce davantage comme un texte de « temporisation » plutôt que de « rupture ». Sur le plan des propositions, quitte à être rébarbatif, on rappellera que la question a déjà fait l'objet de nombreux rapports. Au demeurant, plutôt solides. En partant de celui de Martin Hirsch en 2008 sur le principe de bouclier sanitaire pour aller jusqu'aux travaux menés récemment par le HCAAM. Bref, toute cette démarche oscille entre le pas sérieux et le foutraque ! En renvoyant la question des tarifs des Ocam au Conseil d'État, le gouvernement joue la montre, car toute décision n'interviendra pas alors que l'exercice 2026 est déjà bien entamé. Tout cela rendant tout rétropédalage tarifaire difficilement réalisable dans la pratique. Pendant ce temps, la réévaluation des taxes est actée tandis que le projet de loi fraude, sur la partie concernant les Ocam, a été réduite à quelques mesures peu pertinentes. Décidément les gouvernements qui se succèdent ont du mal à prendre le dossier complémentaire santé au sérieux. Dommageable ! ■

© Freepik

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

Arrêts maladie : l'heure de fourbir les armes ?

6 • Le gouvernement serre la vis face à la dérive.

8 • Bonus/malus, ANI Prévoyance, contrats responsables… quand l'Assurance Maladie ambitionnait d'aller plus loin.

7 • SOS IJ/MSO-MSAP : des pares-feux utiles ?

10 • Prévention et temps partiel thérapeutique : des leviers pour freiner l'envol ?

10 - SÉQUENCES

11 • Autonomie

SI : une feuille de route 2026-2030 se précise

12 • Retraites

« On peut proposer des choses différentes tout en restant dans une logique de conformité ». Entretien avec **Renaud Villard, ancien DG de l'Assurance Retraite**.

14 • Analyse

Comment augmenter le pouvoir d'achat des salariés ?

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

Sarl au capital de 60 000 €
RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 450 € TTC.
- Individuel : 250 € TTC
- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International
Action sociale :
Alexandre Beau, *a.beau@espace-social.com*
Prévoyance complémentaire, Famille :
Emilie Guédé, *e.guede@espace-social.com*
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli, *g.demicheli@espace-social.com*
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Shutterstock
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15 €
Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

PANORAMA

« *Tout au plus une fourmi!* »



« *La montagne n'a pas accouché d'une souris. Tout au plus d'une fourmi!* » aux dires des élus et professionnels militants d'une nouvelle étape de décentralisation. Bien qu'annoncé avec force par le Premier ministre, **Sébastien Lecornu**, lors de son discours de politique générale d'automne dernier, le projet de loi réformant les rapports entre État et acteurs territoriaux est jugé particulièrement « mièvre ». Le terme décentralisation n'y figure même pas. Restent douze articles conférant davantage de prérogatives aux préfets en vue de sécuriser les compétences des uns et des autres. Rien sur le social et la santé, hormis une réforme des secours d'urgence à la personne qui serait confié aux préfets départementaux, *via* un contrat territorial. Une mesure contestée par nombre de professionnels pointant un risque de désorganisation accru. ■

➤ No smoking!



C'est fait ! Le parlement britannique a définitivement adopté la loi interdisant la vente de cigarettes à toutes les personnes nées après 2008. Donc aux jeunes âgés de 18 ans et moins. La Grand Bretagne devient la seconde nation à mettre en place cette mesure après les Maldives. Il s'agit de la concrétisation d'un engagement de santé publique type « génération sans tabac ». S'y ajoute une extension des interdits de consommation dans nombre d'espaces publics. Un fléau qui induit 400 000 hospitalisations et 64 000 décès. Une mesure à méditer pour la France ? ■

➤ Économies?

« Vous cherchez 2 Mds € d'économies sur la Sécu ? Voici nos solutions ». L'USPO, deuxième organisation syndicale chez les pharmaciens, prône des leviers d'action à effet immédiat : pleine application des textes relatifs à la substitution et aux pratiques de contournement, développement du biosimilaire, coups de frein aux surcoûts des innovations de faible ASMR, adaptation des conditionnements et généralisation de la dispensation adaptée, encouragement à la dé-prescription, activation des recours contre tiers, respect du DMP… Une ordonnance des plus chargées, donc. ■



➤ ASU, c'est pas fait!

Le gouvernement maintiendra-t-il son intention de déposer son projet de loi portant création de l'Allocation de solidarité unique (ASU) d'ici quelques jours ? Pas sûr, compte tenu des oppositions associatives, syndicales et politiques. **Jean-Pierre Farrandou**, ministre des Affaires sociales, porteur du projet, fait face à des demandes de report en raison du risque de faire de nombreux perdants au travers de cette réforme. Près de quatre millions de bénéficiaires, aux dires des organisations, pourraient perdre entre 40 et 130 € par mois. Sauf à « lâcher les cordons de la bourse », ce qui ne semble pas d'actualité, le gouvernement devrait essuyer un tir de barrage au Parlement. Rappel, l'ASU vise à unifier le RSA, la prime d'activité et les APL au titre d'une simplification du mode de calcul des droits. ■

À NOTER



Matignon a lancé une inspection Igas–IGF sur **le temps de travail des médecins** qu'ils exercent en médecine de ville ou hospitalière. Histoire de clarifier la situation réelle du temps médical disponible.

•

Vers une déclaration commune des ministres de la Santé des pays de l'UE contre les menaces des patrons des grands laboratoires pharmaceutiques (cas de Pascal Soriot, PDG d'Astra–Zeneca) de ne pas distribuer leurs innovations, en cas de refus de hausse significative des prix européens suite aux menaces de Donald Trump.

•

Création d'une délégation interministérielle à la santé mentale, annonce de Stéphanie Rist saluée par les professionnels et associations.

•

Départ d'Elisabeth Hubert de la présidence de la Fnehad en juin prochain. Sa successeure pourrait être Margueritte Cazeneuve, ancien DGA de la CNAM.

•

Une mission « flash » est lancée sur la généralisation des guichets uniques d'accompagnement des professionnels de santé.

•

La Cour des comptes relance l'État et l'Urssaf caisse nationale dans la lutte contre le travail dissimulé pour cause d'insuffisances de contrôles sur la sous–traitance dans le bâtiment.

ILS ONT DIT



« La hausse des dépenses sociales des départements est inexorable. Près de 48 Mds € en 2024 selon nos derniers calculs. Soit une hausse de 4,5 %. Ce n'est pas tenable sur la durée. À terme, on va dans le mur ! Déjà 13 départements sont en situation critique et 22 en situation dégradée. Le récent rapport des inspections générales (curieusement non publié par le gouvernement) confirme nos constats. Les dépenses sociales relèvent de règles rigides alors que nos recettes dépendent des transferts d'État aux montants souvent aléatoires ».
François Sauvadet, président de l'Association des départements de France, dans *Challenges*.



« Restructurer l'offre sanitaire de la France est une urgence absolue ! Nulle raison de s'inquiéter d'une pénurie de professionnels à la condition de créer un nouvel ordre dans la prise en charge des soins. La sous-productivité d'un système obèse, débordé par une multiplication d'établissements sans cohérence à tout faire et par le nombre de centres de décision qui se chevauchent sans cohérence, système soumis de surcroît à des règlements administratifs absurdes, a de quoi nous interpeller ».
Guy Vallancien, membre de l'Académie de médecine dans *Les Échos*.



« Sur la retraite, soyons pragmatiques. D'abord il nous faut travailler plus et plus nombreux. Mais je propose aussi d'abandonner le sempiternel débat sur l'âge de départ en retraite. Laissons les gens partir à 60 ans, 65 ans ou 68 ans, comme ils le souhaitent. Mais chacun en assumera les conséquences sur son niveau de pension. Modulo quand même pour les métiers pénibles. Nous sommes dans une économie de services. Donc, tout le monde ne vît pas la dure carrière d'un marin pêcheur ».
Philippe Juvin, député LR et rapporteur général du Budget à l'Assemblée nationale dans *Le Figaro*.

➤ Hommage du *Spiegel*!

Le *Spiegel*, grand magazine allemand de tendance modérée, rend hommage au système sanitaire français ! Moins coûteux rapporté à l'habitant (6 285 € contre 8 000 € en moyenne chez nos voisins d'outre-Rhin), une espérance de vie supérieure, des durées d'hospitalisation moins longues et moins de lits en MCO (5,4 contre 7,7). Deux défauts français sont toutefois pointés par le média : l'existence de déserts médicaux et une médecine de ville peu organisée. CQFD. ■



LES CHIFFRES

2,7 Mds €
de montant des seuls intérêts payés en 2025 pour la dette sociale (77 Mds payés depuis 1996…).

4,9 Mds €
de montant total de dépassements d'honoraires en 2025 pour 3 060 praticiens en secteur 2 (taux moyen de 150 % en sus des tarifs opposables).

46 897 €
par an, soit le montant moyen de la rémunération des travailleurs indépendants *(Source : Urssaf Caisse nationale)*.

10 %
des établissements médico–sociaux contrôlés par la HAS remplissent les critères impératifs de qualité.

8 médicaments sur 291
validés par la FDA américaine étaient d'origine française en 2025…

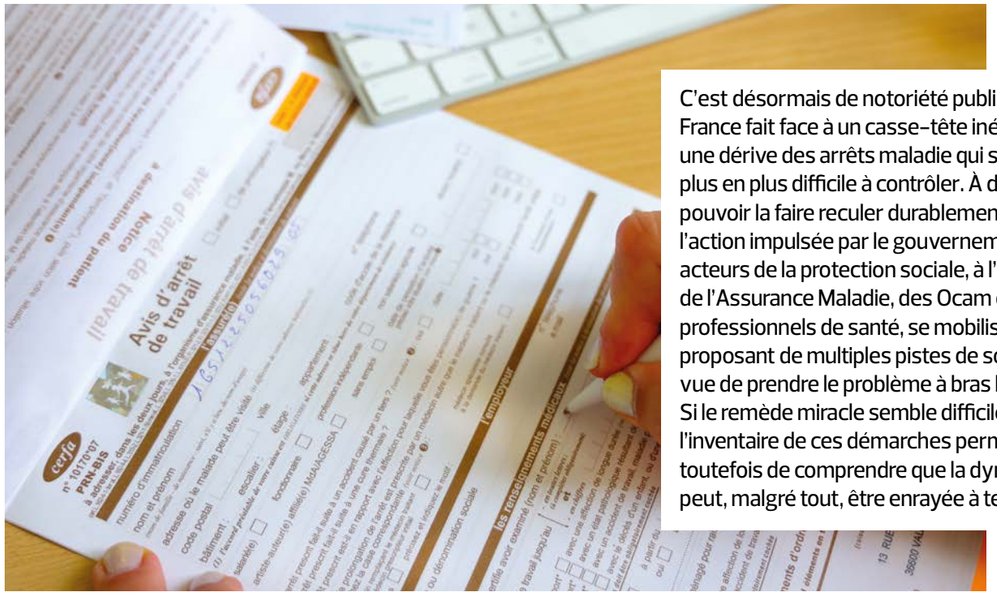
23 %
des couples rencontreraient des difficultés pour concevoir un enfant, selon *La Croix*.

186 000
bénéficiaires d'une prise en charge intégrale des fauteuils handicapés fin février dernier, progrès en vue.

100 Mds €
d'argent « frais » à trouver par l'Urssaf Caisse nationale en 2027 pour garantir la trésorerie des prestations wde la Sécurité sociale…

© Cocktail Santé - Freepik - Départements de France - Der Spiegel

Arrêts maladie : l'heure de fourbir les armes?



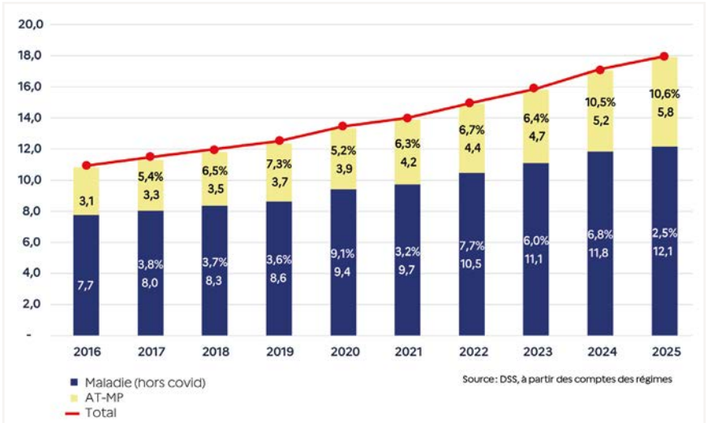
C'est désormais de notoriété publique, la France fait face à un casse-tête inédit face à une dérive des arrêts maladie qui semble de plus en plus difficile à contrôler. À défaut de pouvoir la faire reculer durablement. Outre l'action impulsée par le gouvernement, les acteurs de la protection sociale, à l'image de l'Assurance Maladie, des Ocam et des professionnels de santé, se mobilisent en proposant de multiples pistes de solution en vue de prendre le problème à bras le corps. Si le remède miracle semble difficile à trouver, l'inventaire de ces démarches permet toutefois de comprendre que la dynamique peut, malgré tout, être enrayée à terme.

Le gouvernement serre la vis face à la dérive

Le 9 avril dernier, les ministres du Travail, de la Santé, de l'Action et des Comptes publics (Jean-Pierre Farandou, Stéphanie Rist et David Amiel) ont présenté la stratégie du gouvernement en vue d'endiguer la hausse des arrêts maladie. L'objectif est à la fois d'améliorer la prévention et de renforcer la lutte contre les abus, avec peu de nouvelles annonces, mais un certain nombre de pistes et de concertations.

Pour faire face à l'explosion des arrêts de travail, la feuille de route gouvernementale, ne constitue qu'un « *point de départ* », ont martelé les ministres lors de sa présentation. Ce plan n'est pas assorti d'objectifs chiffrés, mais les différentes mesures doivent permettre de stopper ce dérapage « *insoutenable* ». En 2024, le nombre d'arrêts indemnisés a de nouveau bondi pour dépasser les 9 millions. En cinq ans, les arrêts maladie ont augmenté de 12 % et ceux liés à une AT-MP se sont, à l'inverse, repliés de 5 % (en réaction à la baisse de la sinistralité). Autre constat, les arrêts longs s'accroissent (+1,4 point depuis 2019), tandis que ceux inférieurs à huit jours diminuent (-0,5 point). « *Les arrêts de plus de six mois représentent 7 % des arrêts au total et 45 % de la dépense. C'est là que se situe le cœur de l'enjeu pour les finances publiques* », a souligné David Amiel, ministre de l'Action et des Comptes publics. La facture a explosé pour atteindre 17,9 Mds € de dépenses d'indemnités journalières (IJ) l'année dernière, un « boom » de 45 % depuis 2019. Les arrêts maladie représentent 85 % des arrêts indemnisés et 68 % des montants versés (12,1 Mds € en 2025). Et ceux liés aux AT-MP concentrent 10 % des arrêts indemnisés, mais 32 % de la dépense d'IJ (5,8 Mds €). À cela, s'ajoutent les dépenses liées aux absences pour raison de santé dans la Fonction publique, estimées à 15,1 Mds € en 2022.

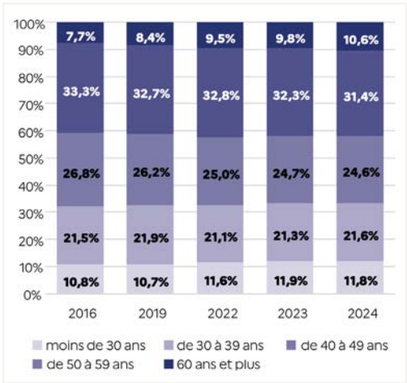
En 2025, la progression des dépenses a été plus contenue (+4,9 % après +7,8 % en 2024 et en moyenne +6,5 % entre 2019 et 2023), en partie sous l'effet la baisse du plafond de revenus d'activité pris en compte pour le calcul des IJ maladie (de 1,8 à 1,4 Smic). Au global, 60 % de l'augmentation de la dépense d'IJ résulte de facteurs structurels (hausse des actifs, vieillissement de la population…), alors que 40 % ne s'expliquent pas, et correspondent donc à une hausse de la sinistralité. Cette dynamique apparaît particulièrement marquée chez les plus jeunes et les plus âgés : 12 % des IJ maladie ont été versés à des moins de 30 ans et 42 % à des plus de 50 ans, en 2024.



Évolution (en %) et montant (en Mds €) des IJ maladie (hors covid) et AT-MP, dans le champ de l'ondam entre 2016 et 2025.



Répartition du nombre d'arrêts maladie selon l'âge, entre 2016 et 2024 pour les salariés du régime général



Dépenses d'arrêts maladie selon l'âge, entre 2016 et 2024, pour les salriés du régime général.

Sources : Gouvernement

Retrouver la maîtrise

« *Je crois qu'il faut agir là où le système de santé déraille* », a observé Stéphanie Rist. Pour lutter « *contre le recours abusif aux arrêts de courte durée et le nomadisme médical* », la ministre de la Santé a annoncé un décret d'ici l'automne prochain. La locataire de l'avenue de Ségur a également évoqué la piste de « *parcours de santé de réadaptation et de réhabilitation* » pour les arrêts dérogatoires de plus de six mois (les dépressions légères et les TMS sont les pathologies les plus concernées). Pour les renouvellements des arrêts de très longue durée, le gouvernement souhaite que les généralistes puissent solliciter le deuxième avis d'un spécialiste et « *propose aux partenaires conventionnels de se saisir de cette question* ». D'ici le mois prochain, la ministre recueillera les propositions de « *l'ensemble des acteurs de santé* » et les réunira, en vue de revenir sur les actions déjà engagées et « *préparer de nouvelles mesures structurelles* ». Après avoir lancé, en 2025, une stratégie globale visant à maîtriser la hausse des recours aux arrêts de travail, et généré près de 30 Ms € d'économies, l'Assurance Maladie est également sur le pont. Le dispositif « SOS IJ » sera généralisé et 13 000 médecins prescripteurs seront accompagnés, avec un focus sur les nouveaux installés *(voir p.9)*. Environ 740 000 actions de contrôles porteront sur les assurés, en ciblant notamment les arrêts de plus de 18 mois, courts, répétitifs et en téléconsultation.

«Bouton d'alerte» pour les abus

La feuille de route met aussi l'accent sur les employeurs. Jean-Pierre Farandou, ministre du Travail, a annoncé le lancement d'un « kit clé en main », sur le site du ministère. Cet espace d'information permet de diagnostiquer l'absentéisme et d'orienter vers les principales ressources en matière de prévention (CNAM, ANACT, INRS, etc.). D'ici la fin de l'année, un « bouton d'alerte » permettra à l'employeur d'adresser en un clic une suspicion d'abus au service de contrôle de l'Assurance Maladie. Le gouvernement souhaite par ailleurs renforcer la sensibilisation des organisations présentant un absentéisme « *atypique* ». Les partenaires sociaux plancheront sur le sujet lors de la conférence « travail emploi retraites », notamment sur les thématiques de prévention et de reprise après un arrêt. Différentes pistes sont envisagées par les ministres, notamment permettre aux médecins prescripteurs d'indiquer qu'un retour précoce est possible en adaptant le poste du salarié (par exemple avec du télétravail). Concernant le système d'indemnisation, une « *évolution structurelle des différents niveaux de garanties en fonction du risque* » est évoquée en incluant le « *développement des mécanismes de prévoyance* ».

Enfin, plusieurs dispositions prévues par la LFSS 2026 devraient se concrétiser cette année. Dès septembre, les arrêts de travail seront limités à un mois lors de la prescription initiale, puis à deux en cas de prolongation.

Émilie Guédé

© Cocktail Santé

Bonus/malus, ANI Prévoyance, contrats responsables… quand l'Assurance Maladie ambitionnait d'aller plus loin

Dans le cadre de son rapport Charges et Produits 2026, la CNAM avait présenté plusieurs pistes de réflexion en vue de juguler l'inflation des arrêts de travail. Celles-ci avaient, comme aspiration de renverser la table.



La dernière édition du rapport Charges et Produits, présentée fin juin 2025, avait pour particularisme de présenter à la fois les « traditionnelles » recommandations en vue de mieux maîtriser la hausse des dépenses de l'Assurance Maladie pour l'exercice 2026, mais aussi, d'avancer plusieurs pistes visant à s'attaquer aux déficits de la branche Maladie sur le long terme. Certaines d'entre elles se voulant pour le moins bousculantes.

À commencer par celle préconisant, non pas d'adapter, mais de tout simplement supprimer le régime des ALD non exonérantes prévu pour les affections nécessitant une interruption de travail, ou des soins, d'une durée prévisible supérieure à six mois, mais qui n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur. Cette mesure aurait pour ambition de « *mieux protéger les personnes en arrêt long et éviter leur désinsertion professionnelle* ». Si le régime « non exonérant » venait à disparaître, les personnes seraient alors affiliées (ou pas) en tant qu'ALD si leur situation médicale le nécessite. Des actions de prévention devraient être déployées en parallèle de ce changement réglementaire pour accompagner les personnes impactées.

Responsabilisation

Au regard des autres propositions avancées, les entreprises sont très clairement ciblées comme le principal levier à actionner. À commencer par la mesure, semblant la plus *soft* sur le papier, consistant à transformer certains arrêts de travail de courte durée en télétravail. Ainsi, lorsque « *le travail de l'assuré est "télétravaillable" et que les conditions médicales et matérielles sont réunies, un certificat de télétravail pour raison de santé pourrait être prescrit par un médecin* ». Sont ici principalement visés, au travers de ce « *dispositif de télétravail continu* », les salariés bénéficiant déjà d'un à deux jours d'activité à distance.

La seconde proposition se veut plus contraignante pour les employeurs en installant un système de bonus-malus financier les incitant à améliorer les conditions de travail et à développer les actions de prévention en direction de leurs salariés (ex. : campagne de vaccination). Les arrêts courts sont ici ciblés. Selon une étude de la CNAM réalisée en 2024, « *17 095 établissements de 50 salariés et plus présentent un taux d'absentéisme supérieur de 20 % à la moyenne de leur secteur et 12 850, un taux qui est supérieur de 40 %* ». Pour endiguer cette dynamique, un dispositif d'incitation à la diminution de l'absentéisme pourrait être institué. Il prendrait la forme dans un premier temps, d'un accompagnement des Cpam et du versement d'un bonus en cas d'amélioration du taux d'absentéisme. Celui-ci pourrait « *être valorisé pour permettre un partage des gains entre l'entreprise et l'Assurance Maladie en lien avec la diminution des arrêts maladie* ». Dans le sens inverse, un malus pourrait être instauré pour « *les entreprises qui resteraient très atypiques malgré l'accompagnement fourni par les caisses* ».

Développer la prévoyance collective

Au-delà de ces premières propositions, la piste menant à renforcer la couverture en protection du risque lourd a aussi été posée sur la table. Avec derrière, un enjeu de rééquilibrage de la prise en charge entre l'AMO et les assureurs privés des arrêts longs.

Cette amélioration pourrait se faire à deux niveaux. Le premier consisterait à mettre en place un « *contrat de prévoyance responsable* » en vue d'harmoniser les niveaux de couverture proposés aux entreprises. La configuration du marché actuel, moins réglementé que celui de la santé, conduit à « *des différences de prise en charge et donc, à des inégalités de traitement des salariés dont le niveau de couverture dépend de l'entreprise et de leur statut (cadre/non-cadre, ancienneté, convention collective, accord de branche…)* ».

Pour y remédier, la CNAM avance l'idée d'un contrat socle négocié dont le périmètre pourrait, par exemple, « *prévoir une indemnisation obligatoire pendant toute la durée de l'arrêt, en sus des 50 % couverts par l'AMO* ». Cette mesure pourrait être accompagnée par la mise en place d'un mécanisme fiscal incitatif, mais aussi, par la négociation d'un accord national interprofessionnel (ANI) visant à généraliser la couverture collective en prévoyance. Actuellement, aucune statistique officielle ne permet de précisément recenser le nombre d'actifs couverts par un contrat de prévoyance collective. À titre indicatif, la Fédération des institutions paritaires de protection sociale (FIPS, ex-CTIP) estime que 14,2 millions de salariés seraient protégés. Toutefois, en recoupant les données disponibles auprès des différents acteurs, le nombre de personnes non couvertes par un contrat oscillerait entre 2 et 5 millions de personnes selon qu'on intègre (ou pas), les travailleurs indépendants. Des marges de progression existeraient donc.

Autre option creusée, pour le coup assez bousculante, celle visant à transférer le financement des sept premiers jours d'arrêt de travail à l'employeur avec un maintien du niveau de couverture actuel pour le salarié. En contrepartie, une journée de carence d'ordre public serait instaurée pour dissuader les arrêts sans lien avec la maladie.

Bien évidemment, ces différentes mesures sont avant tout présentées comme des pistes de réflexion sur lesquelles la direction générale et le conseil de la caisse nationale ont pu échanger, débattre et trouver un consensus. Or, pour le moment, aucune suite n'a été donnée à cette démarche. Rendez-vous au PLFSS 2028 ? Pour celui de 2027, cela semble *a priori* compromis.

Alexandre Beau



© Cocktail Santé

SOS IJ/MSO-MSAP : des pares-feux utiles?

Présentation des deux dispositifs, dédiés aux prescripteurs, que la CNAM entend faire monter en charge dans les mois à venir.

Fort d'une première phase d'expérimentation prometteuse, menée courant 2025 avec les Cpam du Rhône et d'Eure-et-Loir, « SOS IJ » va être généralisé en juin prochain. Ce dispositif d'appui en ligne permet aux médecins le souhaitant d'être accompagnés par des référents au sein des caisses primaires quand ils font face à des cas d'arrêts maladie complexes *(cf. schéma ci-dessous)*. À moyen terme, des évolutions sont attendues en vue de mieux assister les soignants et les patients : accès direct au service social de l'Assurance Maladie, avis ponctuel d'un médecin-conseil si le médecin prescripteur le demande….

En parallèle, mais également en complémentarité, l'Assurance Maladie fonde de réels espoirs dans l'efficience de la procédure de mise sous objectif-mise sous accord préalable (MSO-MSAP), dont le but est d'encadrer les prescriptions d'IJ de médecins généralistes avec un niveau significativement supérieur à la moyenne régionale ou nationale, à patientèle et territoire comparables. Dans la pratique, leur Cpam de rattachement les contacte dans un premier temps par téléphone pour les informer de leur MSO. Un courrier formel leur est transmis dans la foulée. En cas de refus de la MSO, une procédure de MSAP est engagée par la caisse et son directeur, après avis conforme du DG de la CNAM. Celle-ci subordonne le versement des IJ à l'accord préalable du service de contrôle médical pour une période de six mois.

Sur le terrain, les contrôles des prescripteurs dans le cadre de la procédure MSO/MSAP auront permis une réduction d'environ 30 % des prescriptions chez les médecins concernés lors de la campagne 2023-2024. Cette baisse aura généré une économie d'environ 160 Ms €. Fort de ces premières tendances, la CNAM entend élargir plus largement ce dispositif. Et ce, dans le but de faire jouer un effet volume. D'ailleurs, à horizon 2030, le champ des prestations soumises à MSO-MSAP est appelé à être étendu au-delà des IJ. Cela impacterait tout autant la médecine de ville que l'hôpital.

Autant dire que si SOS-IJ bénéfice d'un accueil globalement favorable de la part des syndicats médicaux. L'histoire est tout autre en ce qui concerne MSO-MSAP. Des échanges conventionnels ont débuté en mars en vue de soutenir leurs déploiements respectifs.

AB



Prévention et temps partiel thérapeutique : des leviers pour freiner l'envol?

Experts et acteurs ont identifié différentes pistes pour faire face à l'explosion des arrêts longs, notamment la prévention, la coordination entre les différentes parties, ou encore l'accompagnement vers le retour à l'emploi. Tour d'horizon.



Après les annonces du 9 avril dernier, la majorité des syndicats ont dénoncé l'absence de mesures de prévention dans la feuille de route du gouvernement. Or, face à l'explosion des coûts, pour l'Assurance Maladie comme pour les entreprises, ce levier reste insuffisamment activé. Lors d'une table ronde organisée par l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis), le 25 mars dernier, médecins et chercheurs sont revenus sur cet enjeu. « *Dans notre service, une de nos missions est d'intervenir précocement. Nous avons à la fois un enjeu de prévention et de détection* », a rapporté le docteur Clément Duret, médecin du travail, responsable du service de pathologies professionnelles de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (AP-HP). À la clé, des arrêts possiblement évités, mais aussi plus courts. « *La prévention est parfois vue comme un investissement perdu pour les entreprises parce que la rentabilité de cette action est difficile à monétiser* », a constaté le médecin du travail. Face aux difficultés et aux conséquences financières de l'absence d'un salarié sur le long terme (formation, recrutement, etc.), un certain nombre d'entre elles franchissent pourtant le pas. Mais la démarche reste encore loin d'être généralisée. « *Certaines entreprises ont pris le problème à bras le corps et ont de vraies politiques proactives, alors qu'au contraire d'autres acteurs, publics comme privés d'ailleurs, utilisent le turnover comme quelque chose de tout à fait normal, les coûts étant socialisés* », a observé le docteur Yohan Saynac, médecin généraliste et secrétaire général de MG France. Il préconise notamment une modulation des cotisations pour responsabiliser les employeurs.

Comparer et diagnostiquer

Les organismes de prévoyance ont un vrai rôle à jouer. Le groupe de protection sociale Malakoff Humanis propose ainsi l'outil Diagnostic absentéisme. « *Nous analysons l'absentéisme d'une entreprise, nous le comparons à une entreprise du même secteur, à une entreprise de la même taille, et nous trouvons des déterminants. À partir de là, nous pouvons mettre en place des programmes de prévention collective au sein d'une entreprise ou d'une branche* », a expliqué Thomas Saunier, son directeur général, lors d'une récente conférence de presse. Par exemple, des actions peuvent être impulsées dans le champ des TMS, si l'entreprise présente des spécificités sur ce plan. « *L'engagement réciproque que nous prenons est qu'à partir du moment où l'entreprise entre dans cette démarche, nous faisons un effort supplémentaire sur les tarifs* », a poursuivi le DG. Plus de 2 500 de ces diagnostics ont été réalisés. Pour éviter la désinsertion professionnelle, le groupe propose aussi un programme d'accompagnement au retour à l'emploi.

Accompagner la reprise

La reprise s'impose comme un enjeu déterminant : plus l'arrêt est long, plus retrouver le chemin du bureau deviendra compliqué. Or, l'absence d'accompagnement et de coordination entre médecine de ville, médecine du travail et employeur, ne facilite pas le retour du salarié. Autre point noir, « *les approches sont très généralistes, alors qu'il faudrait y aller au minimum par grands corps de pathologies* », a regretté le docteur Clément Duret. Parmi les outils existants, le temps partiel thérapeutique a fait preuve de son efficacité. Ce dispositif « *permet une réduction importante des arrêts maladie longue durée* », a souligné Mohamed Ali Ben Halima, maître de conférence au Conservatoire national des arts et métiers et responsable du programme de recherche au sein de la chaire « Entreprise et Santé » (créé en partenariat avec Malakoff Humanis), lors de la table ronde de l'Ajis. Mal connu et parfois compliqué à mettre en place, le système s'avère pourtant peu utilisé. « *Le bénéfice sur l'année est de 67 jours en moyenne de réduction d'arrêt maladie. Sur la partie Sécurité sociale, l'économie est chiffrée, pour 220 000 bénéficiaires, à 1,1 Md €* », a constaté l'économiste. Concernant la prévoyance, le « gain » s'élèverait « *de l'ordre de 450 à 500 Ms €* ». Aux Pays-Bas et en Norvège, le dispositif est obligatoire pour certaines pathologies, de quoi inspirer nos pouvoirs publics ?

■ **EG**

CNSA

Une feuille de route 2026-2030 se précise

La cinquième branche de la Sécurité sociale continue son processus de structuration en présentant sa feuille de route pour les cinq prochaines années. À l'image de son nouveau président, Paul Christophe, la CNSA ambitionne de peser davantage sur un certain nombre de chantiers.



En ce début de printemps, les choses se bousculent du côté de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) entre l'élection d'un nouveau conseil, la définition d'une feuille de route pluriannuelle et la préparation des futures négociations de la COG 2027-2031 avec la direction de la Sécurité sociale (DSS). Des événements qui convergent vers un même objectif : préparer la branche aux 700 000 personnes en perte d'autonomie supplémentaires attendues d'ici 2050, dont 300 000 présenteront un cas sévère. Une épée de Damoclès qui n'aura pas échappé à son nouveau président, Paul Christophe. L'ancien ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes voit, dans cette perspective de « *vieillissement massif* » de la population, l'obligation pour la CNSA de « *trouver des solutions à bâtir* » en vue d'y faire face. Pour cela, « *il faudra passer la vitesse supérieure* ».

Lutter contre l'hétérogénéité



Cette accélération ne passera, pour le moment, pas par la case réglementaire. Que ce soit la grande loi autonomie, le plan grand âge ou la loi de programmation pluriannuelle, tout ce qui était attendu au cours de la mandature 2022-2027 est repoussé à plus tard. La proximité de la prochaine campagne présidentielle paralysant tout.
En attendant ce rendez-vous, durant lequel son conseil entend être proactif en « *posant les conditions pour se faire entendre* », la CNSA se fixe un cap pour la fin de la décennie.
En tête de proue de celui-ci est placé le principe d'équité. Pour Paul Christophe, la promesse d'uniformité territoriale formulée au lancement de la cinquième branche « *n'est pas au rendez-vous tant au niveau des prestations servies, qu'en matière de reste à charge ou des plans d'aide aux usagers* ». Face à cette réalité, et bien que la caisse nationale n'ait pas de pouvoir de régulation, elle entend renforcer ses capacités d'évaluation en vue de cartographier les situations au local de façon plus précise. L'autre mot d'ordre poussé par l'ancien ministre est celui de la prévention. Sur ce point, il entend faire valoir une politique plus ambitieuse visant à faire prendre conscience que « *la prévention est, certes, une dépense à l'instant T, mais c'est* de facto *une économie sur les années à venir* ». Ce virage préventif apparaît d'autant plus fondamental qu'il constitue « *une source de confort pour nos concitoyens, puisque l'idée c'est d'éviter de voir leur situation se dégrader dès lors qu'ils vieillissent* ». En cela, la question du logement occupe une place centrale. Le conseil de la CNSA veut « *sortir la logique binaire Ephad/domicile* » en poussant pour que le parcours résidentiel des usagers s'inscrive dans une logique de perte d'autonomie. Cette orientation se matérialiserait par le développement d'une offre d'habitat intermédiaire qui « *répondrait à nos enjeux tout en améliorant l'attractivité dans les territoires et en soutenant la politique du logement* ».

SI et COG

L'un des gros enjeux de la branche dans les années à venir est celui des SI. Si le chantier de l'harmonisation des systèmes déployés dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continue de suivre son cours, avant de basculer à terme sur une solution nationale unique, celui dédié à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) va se poursuivre jusqu'en 2030. Avant cette échéance, il commencera à être déployé dès 2027 dans cinq départements pilotes. Cette phase test sera précédée d'un travail « *massif d'interfaçage avec les autres systèmes présents dans l'écosystème, principalement de ceux des départements* », comme le précise, Maëlig Le Bayon, DG de la caisse nationale.
En marge de ce dossier, d'autres travaux mobiliseront les équipes de la branche à l'image du déploiement territorial et opérationnel du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) et de la conférence territoriale de l'autonomie (CTA), mais aussi, la relance des politiques en faveur de l'emploi dans le secteur de l'aide à la personne.
Pour pouvoir porter l'ensemble de ces chantiers, la CNSA attend avec une certaine appréhension le lancement des travaux autour de sa prochaine COG. « *Cela va être une négociation assez âpre* », anticipe son président, qui entend toutefois « *légitimer les besoins pour défendre un renforcement des moyens, notamment en termes d'ETP* ».

■ **Alexandre Beau**

© Cocktail Santé

CNAV

À l'occasion du dernier numéro de son podcast audio « *Parlons-en !* », ***ESE*** a donné la parole une dernière fois à **Renaud Villard** avant qu'il ne quitte ses fonctions de **directeur de l'Assurance Retraite.** Une opportunité de faire un bilan de dix ans de mandat et se pencher sur les transformations qu'aura opéré la branche Vieillesse au cours de cette période.



© Cocktail Santé

« On peut proposer des choses différentes tout en restant dans une logique de conformité »

Quelle image aviez-vous de la CNAV avant votre prise de fonction ?
À vrai dire, j'en avais une double. D'une part, je le confesse, une grande ignorance. Je ne connaissais pas finement le fonctionnement et très peu les équipes. Du coup, l'un de mes premiers réflexes a été de me rendre très vite sur le terrain en Carsat et en CGSS pour justement essayer de comprendre quelle était la réalité opérationnelle. De l'autre, il faut se remémorer cette période, avec une branche qui était sous tension avec des fondamentaux encore fragiles, notamment en ce qui concerne la maîtrise de son activité, de sa production et de son pilotage. Et ce, bien, que les équipes n'avaient pas failli. Il y avait donc un besoin de lui redonner confiance, de réimpulser une forme d'élan et plus globalement de lui faire prendre conscience qu'il y avait un potentiel à exploiter, quitte à repartir sur des fondamentaux.

Sur cette décennie passée à la tête de la branche. Quels sont les moments qui vous ont le plus marqués ?
J'ai eu la chance d'avoir mon lot de moments d'étonnement ou de bascule. La première chose qui m'avait surpris, lors de ma prise de fonction, était l'absence d'instrument de pilotage consolidé. Je vous rassure, maintenant, il y en a un. Le second événement est incontestablement le déploiement de la retraite en ligne, d'abord pour le régime général fin 2016 et puis deux ans après à tous les régimes. Cela symbolisait le début de cette grande bascule vers le numérique d'une caisse de retraite qui avait une forte culture du papier et de la pièce justificative. Un moment sans doute fondateur pour notre cœur de métier qui ne s'est pas fait en un jour. Nous sommes passés d'une procédure qui ne concernait que 5 % des cas au démarrage, à désormais 70 %. Et ce, en quelques années. Une autre séquence clé est évidemment celle de la crise sanitaire. Je dirais même que cela a été fondateur car on a tous pu vérifier, caisse nationale et réseau, la résilience de notre organisation et notre capacité collective à savoir ramer dans le même sens y compris dans des circonstances un peu compliquées. Enfin, le dernier volet que j'aimerais évoquer est celui de la naissance, un peu imprévue, du *data power*. Celle de la puissance de la donnée confiée à la branche Retraite.

Imprévue ?
Oui, un peu imprévue parce que cela s'est fait un peu par hasard. Je suis quand même un peu fier de me dire que le dispositif de ressources mensuelles (DRM) est un pur accident de l'histoire résultant de la création d'une espèce de référentiel, un peu bricolé en urgence par la CNAV, qui croisait les données sociales et fiscales. Au final, on a construit quelque chose de très solide qui maintenant irrigue toute la sphère sociale et va permettre de simplifier massivement toutes nos prestations.

De l'extérieur, on a le sentiment que les Carsat ont évolué tant au niveau de leur fonctionnement interne que dans la conception et l'approche de leurs missions. Vous partagez ce constat ?
Je pense que l'on a assisté ces dernières années à une révolution managériale silencieuse au sein des Carsat. Un mouvement qui aura fait évoluer nos organismes en les faisant passer d'une structure à trois jambes (retraites, AT-MP, social) à une seule et même entité. Derrière cela, il faut mettre en avant un véritable travail d'enchantement managérial, mais aussi, une capacité des directeurs et directrices de caisse, à savoir mobiliser leurs collectifs autour des grands enjeux de la branche. Plus généralement, un des aspects de cette transformation qui m'a le plus marqué est cette forme de passage d'une branche très marquée par la conformité et le temps long, à celle faisant de l'innovation un moteur de son action. Tout en gardant notre sérieux, je tiens à vous rassurer ! Mais que ce soient les directeurs/directrices, ou les équipes de terrain, on ne peut que constater qu'ils se sont emparés de cette dynamique en proposant de nouvelles façons de faire. Comme je leur disais à mon arrivée : « *On peut proposer des choses différentes tout en restant dans une logique de conformité* ». J'ai le sentiment que ce qui pouvait être alors pris comme une espèce de marotte du jeune DG est devenu une conviction collective au sein de notre réseau.

« les Français ne partent pas tous à l'âge légal. Dans les faits, ils sont beaucoup moins de 20 %. »

L'interbranche tend à occuper une place prépondérante dans le fonctionnement de la Sécurité sociale. Doit-on aller encore plus loin dans cette démarche ?
Je trouve que l'interbranche fonctionne très bien, et ce, depuis très longtemps. Déjà du côté employeur, avec l'Ucanss, cette « maison commune » où l'on essaie de parler la même grammaire, d'avoir des dialogues sociaux de qualité, et où les caisses nationales sont toutes alignées. Et si, par hasard, elles ne le sont pas à l'entrée, elles finissent par l'être à la sortie. C'est-à-dire qu'on se parle, on se met d'accord et, au bout du bout, l'employeur ne parle que d'une seule et même voix. Un autre aspect sur lequel on se coordonne de plus en plus, de manière de plus en plus efficace d'ailleurs, c'est sur les sujets liés à l'informatique. Les enjeux sont tellement massifs que nous avons tout à gagner à jouer la carte de la transversalité. Ce que nous faisons avec la branche Recouvrement illustre très bien cela. Depuis quelques années, on a un partenariat très poussé pour que les détections d'atypies, d'anomalies, voire de fraudes faites par les Urssaf nous soit transmises très tôt et qu'elles fassent des contrôles pour nous. Concrètement, ils font des contrôles des données sociales à l'entrée, et de l'accompagnement aux entreprises, pour éviter que 20 ans après, on ait des données retraite complètement vérolées. J'aurais pu prendre d'autres exemples avec l'ensemble des autres branches. Je trouve qu'on se coordonne de manière très facile et que cela se ressent d'ailleurs dans l'institution. On joue l'intérêt général, cet esprit Sécu. Nous ne sommes pas chacun dans notre couloir en mode « ne touche pas à ma branche ».

Si vous deviez projeter la branche sur les cinq à dix ans à venir, comment pourrait-elle évoluer ?
Je dirais que la première des priorités serait de passer de la relation client à l'expérience client. Aujourd'hui, on a plutôt une bonne relation client : on génère de la satisfaction, on répond au téléphone et au courrier, on s'améliore sur les délais… en revanche, on n'a pas atteint le stade d'expérience client où chaque assuré est singulier. On continue à avoir un process industriel et l'assuré le ressent. Pour moi, l'enjeu est de faire en sorte que tout ce qui est lié au traitement un peu mécanique du dossier soit fait de manière transparente. À la fois pour l'assuré et pour le technicien. C'est d'autant plus important que les Français ne partent pas tous à l'âge légal. Dans les faits, ils sont beaucoup moins de 20 %. Donc, il nous faut intégrer que le monde a changé et que nos assurés ont changé. Du coup, il faut vraiment leur faire du sur-mesure. La branche s'outille pour y parvenir.

« Je pense que l'on a assisté ces dernières années à une révolution managériale silencieuse au sein des Carsat. »

Peut-on pousser le curseur encore plus loin en matière de performance de gestion ?
C'est en effet l'autre enjeu pour notre branche. C'est ce que j'appellerais faire une réforme systémique par le bas. C'est-à-dire coordonner la gestion avec le plus de régimes possible. Non pas dans une optique de fusion, chacun peut garder son identité et sa culture, mais davantage de calquer ce qui fonctionne sur le front-office à nos activités de back-office. Actuellement, le droit à l'information entre régimes fonctionne. *A contrario*, dès qu'on doit traiter le dossier, c'est chacun chez soi, chacun dans sa caisse. C'est pour cela qu'il nous faut relever le pari de l'interrégime de gestion. On va d'ailleurs commencer à le faire dès la fin de l'année avec l'AGIRC-ARCCO et en 2027 avec la CCMSA. L'idée centrale sera de générer des gains de productivité en faisant une seule procédure là où aujourd'hui, on en fait deux. À terme, on peut penser qu'une partie de ces gains pourront être restitués justement pour faire de l'expérience client dans une logique de complémentarité des démarches. Je suis persuadé que la prochaine COG ira dans ce sens.

Propos recueillis par Alexandre Beau

À écouter !

Tout au long de l'année, *ESE* vous propose des podcasts audio. Que ce soient des focus sur de récents faits d'actualité, ou un échange avec des décideurs de la protection sociale, vous ne raterez plus rien des événements marquants du secteur !

POLITIQUE SOCIALE

Comment augmenter le pouvoir d'achat des salariés?



Le 9 avril dernier, lors d'une audition au Sénat, **Antoine Foucher**, ancien conseiller ministériel et président du cabinet Quintet, auteur du livre « *Sortir du travail qui ne paie plus* », a plaidé pour un *new deal* basé sur une baisse des cotisations salariales compensée par une hausse de la TVA. Évidemment, cette voie d'action suscitera débat. Principaux extraits.

« Quand on regarde la comparaison internationale, on peut dire sans exagérer que la France n'a plus de problème de coût du travail, y compris industriel. Il y a cinq ou six autres pays qui sont beaucoup plus industrialisés que nous et qui sont plus chers. Donc, si vraiment le coût du travail était le problème de l'industrie française, celui qui la "plombait", que dire de la Belgique, de l'Autriche, de l'Allemagne, et du Danemark, beaucoup plus industrialisé que nous, mais aussi, beaucoup plus cher. Et nous n'aurions pas non plus la Suède beaucoup plus industrialisée que nous et qui affiche, peu ou prou, un coût du travail quasi similaire. En revanche, ce n'est pas parce qu'il n'y a



pas de problème de coût du travail qu'il n'y a pas de problème de charge sur le travail. Car quand on compare le rapport entre le coût pour l'entreprise et ce qui va dans la poche du salarié, là, nous sommes l'un des pires pays d'Europe. En France, quand vous gagnez 100 € en travaillant, vous en gardez 54. En Allemagne, vous en gardez 62 ! Le salaire moyen dans l'industrie en France, chargé super-brut (en y incluant les charges des entreprises), c'est 5 500 €. Au final, pour le salarié, il en reste 3 000 € alors que son homologue allemand, pour le même salaire de référence, touche 4 460 € ! C'est ça le vrai problème qu'on a aujourd'hui et qui rejaillit sur la productivité et la compétitivité industrielle. La revalorisation financière nette du travail est bien une priorité. Ce n'est pas une condition suffisante pour rebooster la productivité dans notre pays, mais c'est une condition absolument nécessaire. Ce n'est pas un problème de charges patronales, mais un problème de charges salariales sur le travail.

Le troisième point que je vois, c'est la fiscalité de production. Et là aussi, quand on fait des comparaisons internationales, les choses sont assez claires. Autant sur le coût du travail, on est en dessous des pays qui sont plus industrialisés que nous, autant sur la fiscalité de la production, on est les pires d'Europe ! Il faut dire que nous sommes ceux fiscalisant le plus la production à hauteur 4 % de PIB. Il n'y a aucun autre pays en Europe qui prélève autant sur les entreprises qui produisent. C'est une fiscalité "anti-production". Elle l'est d'autant que nous taxons le moins la consommation. Un rapport du Conseil des prélèvements obligatoires de 2023 sur la TVA essaie d'analyser le taux effectif moyen de TVA dans l'ensemble de l'Union européenne à partir des données d'Eurostat. Le taux effectif moyen sur l'ensemble des biens et services en France se situe à 9,7 %. C'est le troisième le plus faible de l'UE. C'est en dessous du Danemark, de l'Allemagne. C'est globalement en dessous de tous les pays qui sont restés industrialisés. Nous avons la fiscalité d'un pays de consommateurs. Ce que nous sommes devenus. Et donc, en un sens, nous avons là un vrai problème chronique qui est un choix collectif. Ce choix, c'est l'anti-production.



EN 2024 :

SALAIRE NET MOYEN : 2 735 €

50 % DES SALAIRES GAGNAIENT MOINS DE 2 190 €

10 % DES SALAIRES GAGNAIENT MOINS 1 492 €

Que faire?

Trois pistes pour ouvrir le débat. Le premier point porte sur les charges salariales sur le travail, qui sont l'une des pires d'Europe, et qui ne sont pas tellement un problème pour l'entreprise, quoique, c'est en réalité un problème de motivation pour les salariés. Il faut baisser les charges salariales et non pas patronales. Donc, le débat doit exister avec le patronat et je pense qu'il serait sain, me semble-t-il, d'avoir une véritable explication là-dessus. C'est vers une baisse des charges salariales qu'il faut aller. D'autant que celles-ci sont les mêmes à tous les niveaux de salaires.

Deuxième priorité, c'est qu'on ne peut pas rester avec quatre points de PIB sur les impôts de production, ou si on doit y rester, on ne peut pas se plaindre de continuer à ne pas réussir à réindustrialiser notre pays.

Une fois qu'on baisse les charges salariales et patronales, on doit s'atteler à la fiscalité. Il faudra compenser. C'est d'autant plus nécessaire que la situation financière du pays fait qu'on ne peut pas se permettre de creuser davantage nos déficits. Et là, me semble-t-il, c'est difficile, non pas parce qu'il ne faut pas essayer de le faire, mais l'objectif est de compenser en se rapprochant du panier de fiscalité des pays qui sont restés industrialisés en Europe tout en en augmentant la taxation de la consommation, c'est-à-dire la TVA. Là-dessus, je fais trois remarques, parce que je sais que c'est un sujet qui est à la fois compliqué et sensible. Première remarque, c'est que ce n'est pas du tout la même chose, en termes de pouvoir d'achat et de justice sociale, d'augmenter la TVA à la suite d'une baisse de charges salariales ou d'une baisse de charges patronales. Ce qui a été proposé aux Français jusqu'à présent, c'est d'augmenter la TVA, mais strictement à la suite d'une baisse de charges patronales. Et ça, pour le coup, on peut dire légitimement, en forçant un peu le trait, que c'est antisocial ou anti-pouvoir d'achat parce que vous n'avez pas d'augmentation du salaire net. En augmentant les prix, on crée une baisse du pouvoir d'achat. Mais si vous avez une baisse des cotisations salariales cumulée à une augmentation de la TVA, là, pour le coup, tous les gens qui travaillent augmentent leur pouvoir d'achat. Par exemple, si vous les baissez de dix points, ce que je propose dans mon livre, et d'augmenter la TVA de quatre points. Tous les gens qui travaillent gagnent six points de pouvoir d'achat en plus. Ceux qui perdent, c'est ceux qui gagnent leur argent autrement qu'en travaillant, c'est-à-dire les héritiers, les rentiers et les retraités. C'est vrai, si on fait ça, tous les travailleurs seront gagnants. Qu'ils soient rémunérés au SMIC ou à 10 000 euros par mois. Mais les personnes qui gagnent leur argent autrement qu'en travaillant seront perdantes.

Financer la Sécu par la consommation?

J'ajoute qu'augmenter la TVA et baisser les charges salariales, ça consiste à dire que ce ne sont pas les travailleurs français qui sont trop payés, mais que ce sont les marges des entreprises étrangères qui vendent en France qui sont trop élevées. Et donc, si on augmente de quatre points la TVA, évidemment que les entreprises étrangères qui produisent à l'étranger ne vont pas répercuter leurs prix de quatre points. Elles prendront sur leurs marges. Et de ce point de vue, c'est fondamentalement plus juste d'avoir une protection sociale davantage financée par la consommation. Parce que, derrière ce mot de « consommation », en réalité, ce sont les marges des entreprises étrangères qu'on sollicitera au lieu de solliciter le pouvoir d'achat des travailleurs français. Rappelons que la TVA est payée par 68 millions de personnes quand les cotisations sociales reposent que sur 28 millions de personnes. Donc, en élargissant l'assiette, non seulement on booste l'industrie, on booste le pouvoir d'achat, mais, en plus, on détend les taux sur l'ensemble des consommateurs. Voilà une piste d'action qui mérite réflexion dans le contexte politique, social et économique du pays ».

Propos retranscrits par Pascal Beau

© Freepik-Ed de L'Aube

LA MNT AUX CÔTÉS DES SERVICES PUBLICS LOCAUX



ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER

1re mutuelle des agents des services publics locaux, la Mutuelle Nationale Territoriale accompagne les collectivités et établissements publics dans le déploiement de la protection sociale complémentaire.
Ancrée dans les territoires, la MNT propose des solutions adaptées en santé comme en prévoyance, des actions de prévention ciblées et une gestion de qualité, au service des employeurs publics et de leurs agents, dans le respect des valeurs de solidarité.

Joël, Karine et Guillaume, agents territoriaux.

RETROUVEZ NOS ENGAGEMENTS ET NOS ACTUALITÉS SUR MNT.FR

1re mutuelle des agents des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER

MNT
GROUPE VYV

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4 rue d'Athènes, 75009 Paris. Mai 2026 - Crédits photos : Livia Saavedra, Alexis Pazoumian - Photographies retouchées - Document à caractère publicitaire et non contractuel.