ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

DÉPENSES SOCIALES

Un paradoxe européen

ARTICLE 51

Des modes de prise en charge réinventés

2026



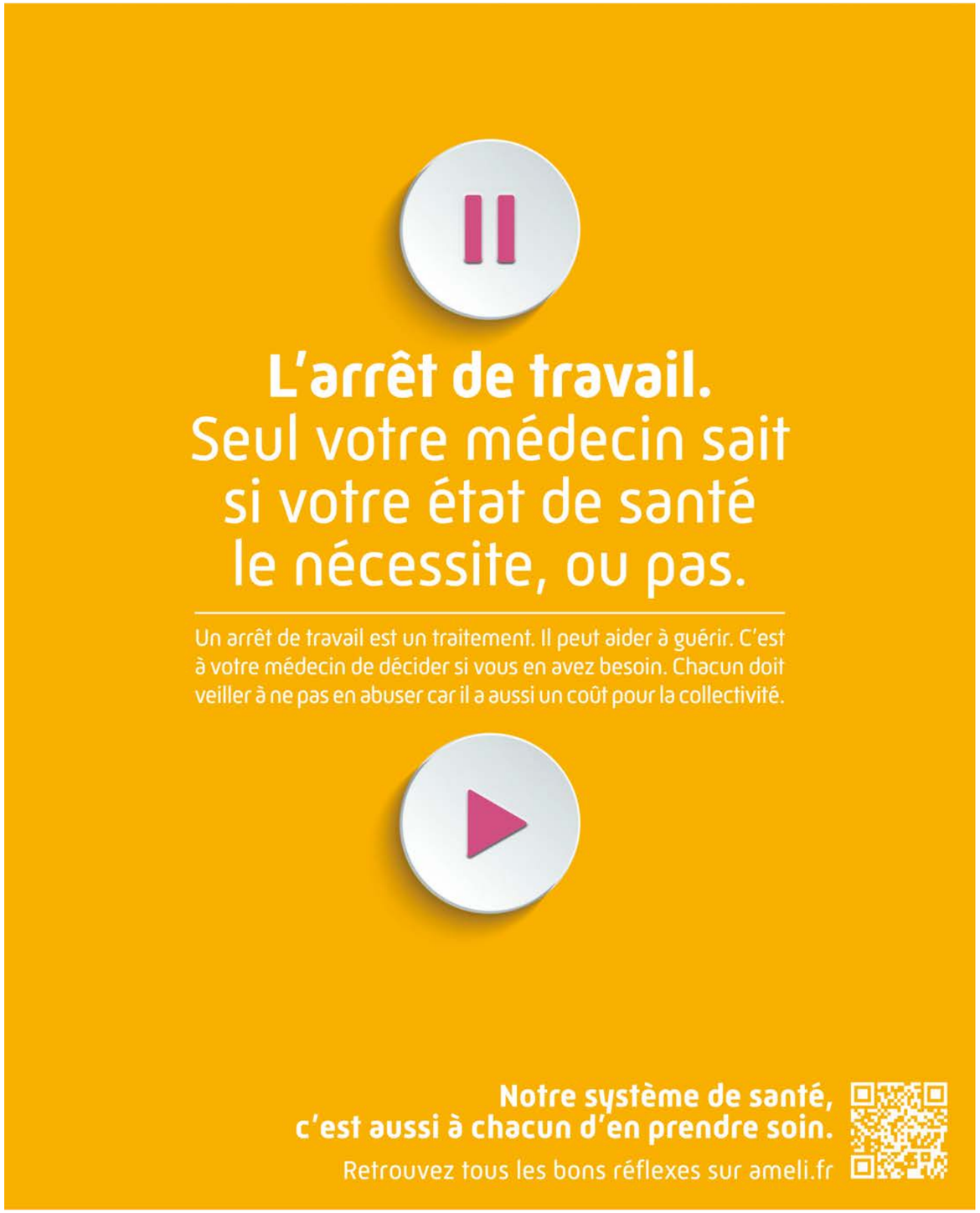
N° 1291 - BIMENSUEL DU 9 AU 22 JANVIER 2026 15 €

PLONGÉE EN EAUX TROUBLES



« BÂTIR UN NOUVEAU PROJET »

DIDIER DEBORD ET CHRISTIAN PASQUETTI (MGÉFI)



ÉDITO

Pascal Beau



Exigence collective

Le récent coup de « gueule » du professeur Mathias Wargon, chef des urgences et du SMUR du centre hospitalier Delafontaine à Saint-Denis, mérite d'être salué. Le médiatique praticien pointe la saturation des lits hospitaliers par les malades atteints de complication grippale, notamment par les personnes âgées. Le point commun à ces patients : tous n'étaient pas vaccinés et peu d'entre eux ont respecté les gestes barrières. Bref, un fiasco sanitaire classique. Rien que lors de l'hiver 2024-2025, on décomptait plus de 16 000 décès. Cette année, les chiffres pourraient être plus élevés encore. Une situation effrayante et effarante !

Le docteur Wargon regrette vivement cette situation absurde où le personnel des urgences se voit contraint d'être mobilisé *via* le Plan Blanc hospitalier afin de face à une crise sanitaire largement évitable. Et de poser la question de faire payer des tels errements ou de rendre obligatoire la vaccination. Une situation mettant en cause, selon lui, le principe même de solidarité et du devenir de notre Sécurité sociale. Fort mal en point à maints égards. Gageons que l'on débattra à l'infini sur la liberté du patient, sur l'exigence morale des soignants à accueillir toutes les demandes de soin. Voire même sur l'efficience du vaccin.

L'année écoulée fut celle du 80e anniversaire des ordonnances de 1945. L'occasion de fêter notre réussite collective. Selon nous, le noble bilan de principe se heurte cependant à des réalités plus nuancées. La Sécu, c'est un contrat responsable. Le plus beau, mais aussi le plus exigeant qui puisse être. Des droits, bien sûr, mais aussi des devoirs. Envers soi-même et les autres, à commencer par la prévention pour chacun dans ses gestes de la vie courante. Pas de vraie solidarité sans responsabilité personnelle et collective.

Ce qui est plus largement dénoncé ici c'est cet affaissement d'esprit citoyen, confronté à une dérive qui pourrait être à terme mortifère. Érigeant alors notre système de santé pour certains d'entre nous, nourris parfois par l'obscurantisme, en simple mode de consommation courante et de confort personnel. Le combat des vaccins pour tous est une conquête collective. Nos réussites sont exemplaires. Aurions-nous déjà oublié la tragédie de la pandémie de Covid-19 ? ■



SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
Chantiers 2026 :
entre prudence et inquiètude.

12 - SÉQUENCES
12 • Santé
Article 51 : quoi de neuf, docteur ?

13 • Europe
Plus de dépenses pour plus de performance sociale ?

14 • Prévoyance
« Bâtir un vrai projet mutualiste dans le domaine de la santé et de la prévoyance », entretien avec **Didier Debord** et **Christian Pasquetti**, président et directeur général de la Mgéfi.

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

RETRAITES : IMPACT DE LA SUSPENSION DE LA RÉFORME DE 2023?



Bien que le dossier des retraites occupera inévitablement la campagne présidentielle, il convient de rappeler les nouveaux marqueurs de la LFSS 2026 suspendant les paramètres de la réforme d'avril 2023.

- Sur l'âge de liquidation des droits, le compteur est bloqué à 62 ans et 9 mois jusqu'au 31 mars 2028. Tout comme le nombre de trimestres exigés (170) pour une pension complète.
- S'agissant des droits anticipés (carrières longues), aucun changement. Le décret de juin 2023 (âges et durée de cotisation) s'applique. Un nouveau texte réglementaire ajustera les situations des actifs nés entre 1964 et 1968. Le lissage portera sur l'âge et nombre de trimestres exigibles pour une pension complète (61 ans et 3 mois pour l'actif né en 1968, alors âgé de 20 ans).
- Pour les fonctionnaires en catégorie active et active spécifique, la suspension du décalage des âges et du nombre de trimestres prévaut.
- Les règles de revalorisation des pensions des régimes de base et du SRE (Service de retraite d'État) sont inchangées.
- Une réforme du nombre d'années requises pour le calcul des retraites des femmes intervient. Soit les 24 meilleures années pour une mère active ayant un enfant et les 23 meilleures années pour deux enfants et plus.
- En cas de droit à une retraite anticipée, deux trimestres supplémentaires seront acquis dès le 1er septembre prochain, et ce, pour tous les régimes de base et fonction publique. On ajoute qu'un trimestre pour enfant comptera pour les pensions d'État à compter de septembre.
- Le droit au cumul emploi-retraite est modifié avec un écrêtement de la pension selon l'âge de liquidation des droits (avant l'âge légal au titre de l'anticipation et au-delà des 62 ans et 9 mois).
- Le barème des taux de CSG des retraités n'est pas gelé. ■

À NOTER

Parution au J.O du décret d'application de la loi du 25 juin 2025 sur l'élargissement des compétences de mission des infirmiers portant notamment sur la prise en charge des patients en termes de suivi de protocole ALD.

•

Entrée en vigueur du régistre national des cancers. Le recensement des cas sera ainsi exhaustif. Actuellement seules 24% des situations étaient connues. Objectifs? Une connaissance pointue des réalités, des protocoles thérapeutiques affinés, un cadre général de santé publique favorisé. L'INCA pilotera la démarche globale.

•

30 % de baisse potentielle du temps médical consacré à l'administratif assuré par l'IA, selon Capio (Ramsay Santé) sur une étude portant sur 375 000 comptes de professionnels.

ILS ONT DIT



« À un moment donné, il va falloir que l'on se mette d'accord. On vaccine les gens pour éviter qu'ils viennent aux urgences ! On me dit vaccination obligatoire signifie dictature… mais, en cas de refus du vaccin, qui est une attitude élémentaire de prévention, on ne reçoit *(NDLR devrait)* pas ces gens à l'hôpital. Chacun est aussi responsable de sa santé. Ou alors, on tombe dans un système à l'américaine où chacun paie son assurance. Vous avez le droit de refuser la vaccination, mais vous assumez alors votre refus en payant votre hospitalisation. C'est donc le contraire de notre solidarité nationale. Le principe de fraternité implique la responsabilité de chacun et des uns envers les autres, c'est cela la Sécurité sociale ».
Mathias Wargon, chef de service des urgences à l'hôpital Delafontaine, sur BFM TV.



« La LFSS 2026 est complètement déconnectée des réalités découlant de la rupture géopolitique dans le secteur de la santé. Le gouvernement et les parlementaires ont encore fait plus de rabots sur le secteur qu'auparavant. Et ce, sans aucune réflexion stratégique sur le long terme pour les patients et la filière. Nous sommes vraiment dans une situation de crise où l'Europe, et la France dans l'Europe perdent pied face à la montée en puissance des États-Unis et de la Chine sur la pharmacie ».
Charles Wolf, directeur de Sanofi France.



« La question centrale autour de la LFSS est purement financière et encore, puisqu'aucun financement nouveau et sérieux n'est venu en compensation de la hausse de l'Ondam. Tant que nous n'aurons pas eu un grand débat tel qu'une élection présidentielle le permet, légitimant une réforme profonde de notre modèle social, nous resterons dans ce système d'épuisement fait d'un texte administratif et financier à courte vue ».
Frédéric Valletoux, président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale.

LES CHIFFRES

500 000
signalements d'événements sanitaires indésirables rapportés sur le portail de Sécurité sanitaire depuis 2017. La DGS (Santé) simplifie les démarches déclaratives.

252 000
IVG en 2024, dont 80 % « médicamenteuses ».

23 000
médecins en moins en 2040 selon le Conseil de l'Ordre des médecins (Cnom), hors prise en compte des retraités actifs...

208 millions
d'Américains en surpoids, voire en obésité (60 % de la population totale, mais 50 % des moins de 18 ans).

54 000
participants à la consultation citoyenne lancée par la CCMSA « Construisons une MSA + simple ».

169 000
habitants en plus au 1er janvier 2025 (68,6 millions), dont 152 000 dus au solde migratoire.

50%
des français se déclarent prêts à faire une pause sur l'alccol en janvier.

Le Conseil constitutionnel malmène le droit?



Les membres du Conseil constitutionnel sont-ils bons en droit ? On est quelque peu surpris de la récente validation de la LFSS 2026. Notamment sur le cumul emploi-retraite, l'article adopté impose aux régimes complémentaires la même règle d'écrêtement que les régimes de base. Alors que le périmètre de la Loi organique de financement de la Sécurité sociale exclut explicitement toute intervention du législateur sur ces régimes. Dans la même veine, la LFSS prévoit le gel des cotisations des Ocam pour 2026 alors que ladite loi organique est également incompétente sur ce champ ! ■

Régression !



Ce fut craint, cela se réalise. **Robert Kennedy Jr.**, Secrétaire d'État à la Santé des États-Unis, annonce la suppression de la liste des recommandations de six vaccins pour enfants ! Contre la grippe, l'hépatite A et B, les méningocoques, les virus respiratoires syncytiaux (bronchiolite des nourrissons) et les rotavirus (gastro-entérites). Sans compter le vaccin contre la Covid-19, retiré il y a quelques mois. L'exemple danois inspire le gouvernement américain, paraît-il. Un raccourci scientifique et sanitaire pour les épidémiologistes. ■

Refonte protection enfance





Une question taraude les acteurs et politiques : comment réformer la politique de protection de l'enfance ? Normalement, le gouvernement par les voix de **Gérald Darmanin** (garde des Sceaux) et de **Stéphanie Rist** (ministre de la Santé et des Familles) doit présenter un projet de loi visant à mieux prévenir les situations de crise en renforçant l'accompagnement éducatif, psychologique et de simplification des procédures. L'Aide sociale à l'enfance (ASE) sera réformée pour mieux sécuriser les situations d'adoption suite au délaissement parental. ■

100 % santé, du nouveau



La prise en charge intégrale pour les fauteuils roulants est désormais actée. 1,1 million de personnes en situation de handicap (pour 150 000 achats annuels) recourent à ce type d'équipement. La réforme voulue par le chef de l'État se veut très ambitieuse avec une prise en charge allant jusqu'à 6 000 € (au lieu de 600 €). Voire jusqu'à 100 000 € pour les fauteuils électriques après étude de dossier. En effet, certains cas relèvent du sur-mesure. Le renouvellement se fera tous les cinq ans, sauf modification de l'état de santé du bénéficiaire. Coût de la réforme ? Entre 300 Ms et 600 Ms €. On ajoutera à ce dossier plutôt spectaculaire, celui des prothèses capillaires, avec une prise en charge des produits dotés de cheveux naturels. ■

Chantiers 2026 : entre prudence et inquiètude



La difficile séquence d'examen des projets de loi budgétaire est désormais tournée. Pour autant, de nombreuses questions et problématiques restent en suspens alors que nous entamons la nouvelle année. Un dernier exercice qui s'annonce particulièrement complexe pour les acteurs de la protection sociale publics et privés. Tour d'horizon des derniers chantiers inscrits à leur agenda avant le très attendu rendez-vous présidentiel de mai 2027.

La LFSS 2026, la fuite en avant

La LFSS 2026, validée par le Conseil constitutionnel, aux yeux de beaucoup est une seule fuite en avant… Non seulement, elle ne génère pas d'économies sérieuses sur le volume et sur le contenu des prestations, mais ses maigres nouvelles recettes ne sont pas pérennes. Les réformes structurelles, touchant aux facteurs de production des coûts tant sur les soins que sur la dynamique des pensions vieillesse, se font toujours attendre. Quant au déficit, hormis ce qui peut relever d'une manipulation de dernière heure de Bercy (un apport de 4,5 Mds € pris sur le budget de l'État) peu crédible, parce que non documentée sur le fond, il toise les 20/23 Mds € au minimum.

Les « sages » du Conseil constitutionnel, suivant en cela ceux de la Cour des comptes, mettent vertement en garde l'Exécutif sur la dérive structurelle des comptes sociaux. Laquelle porte en germe une crise inédite susceptible d'amener les gouvernements à devoir décider des mesures brutales ! Certes, le parlement permet à l'Urssaf caisse nationale d'emprunter sur les marchés, au titre de la trésorerie courante, près de 100 Mds € à très court terme (jusqu'à la fin 2026) en transférant 15 Mds € de déficit sur la Cades. Une pirouette comptable sans espoir de récidive toutefois. Certes encore, Bercy et l'avenue Duquesne vont pratiquer des retenues de crédits pour les hôpitaux, le médico-social et autres dépenses à la main directe de l'État. La loi autorise jusqu'à 5 Mds € de mise en réserve des crédits. Il semble acquis que le gouvernement ne va pas se priver d'utiliser ce levier… Les sujets d'inquiétude sont donc nombreux. Et ce, d'autant plus que les perspectives des soldes des régimes de base de Sécurité sociale d'ici 2029, et peut-être au-delà, sont clairement exécrables. Or, 2027 sera sans doute la répétition de 2026 avec les « micmac » parlementaires qui l'ont précédée. Qui peut penser qu'à quelques mois des élections présidentielles d'avril 2027, une majorité d'élus deviennent soudainement porteurs de mesures courageuses de réduction des déficits et de la dette sociale ?

L'affaire Sécu prend désormais une ampleur inédite dans le débat public. L'Assurance Maladie voit ses comptes en rouge vif : il manque 15 à 20 Mds € chaque année. Le potentiel d'économies prévisionnel serait-il atteint ? Les doutes persistent. Idem pour les régimes vieillesse de base. La suspension de la réforme des retraites aggrave une situation déjà dégradée. Il y a fort à parier qu'en 2026 le gouvernement n'éludera pas la double question d'une réorganisation de la Sécurité sociale et des mesures de financement direct comme une hausse de la CSG ou des cotisations vieillesse pour les actifs. La portée de telles mesures s'inscrivent davantage dans des enjeux d'élections présidentielles voire de législatives. Il faudra donc attendre pour y voir plus clair.

Nouveaux soldes 2025-2029 des régimes de base Sécurité sociale

(annexe B de la LFSS 2026) en Mds €.

	2025	2026	2027	2028	2029
MALADIE	-17,2	-13,8	-15,1	-16,4	-17,7
AT-MP	-0,5	-1,0	-1,4	-1,3	-1,0
FAMILLE	+0,8	+0,4	+1,4	+1,3	+2,0
VIEILLESSE	-6,3	-4,6	-5,4	-5,4	-7, 0
AUTONOMIE	-0,3	-0,4	-0,3	-0,2	0,0
TOTAL	-23,5	-19,4	-20,8	-21,5	-23,7

Une présidentielle sous l'emprise des retraites ?



Qu'escompte vraiment le gouvernement avec cette conférence tous azimuts ? Le flou persiste. Les propos ministériels un peu lénifiant, ne clarifient pas les choses. Le risque est que cette question des retraites « imprègne » démesurément les prochaines échéances électorales du pays, à commencer par les élections présidentielles du printemps 2027 ?

La récente déclaration de Maryse Léon, secrétaire générale de la CFDT marque les intentions syndicales : « *pour nous, la réforme sur le report d'âge de 62 à 64 ans est enterrée, finie. Quel politique portera avant 2027 la seule idée de réaugmenter l'âge légal s'il veut gagner la présidentielle ?* ». C'est peut-être là le problème…

■PB

Retraites : qu'attendre de la conférence sociale?

Installée le 5 décembre dernier par le ministre du Travail, Jean-Pierre Farandou, la conférence sociale, promise par Sébastien Lecornu, démarre ses travaux. Dans un contexte d'incertitudes. Le gouvernement veut boucler les travaux en juillet prochain. Sans qu'elle devienne un lieu de négociations. Tout au plus un relevé d'échanges… la prochaine réunion est fixée au 12 janvier.

S'agissant des participants, le spectre retenu est large. Non seulement, le secteur privé et les partenaires sociaux qui l'incarnent sont présents, mais aussi les trois fonctions publiques, avec le soutien actif du ministre David Amiel en charge de la Fonction publique et de la réforme de l'État. Sur le plan syndical, outre les cinq centrales « classiques » se joignent l'UNSA, Sud et Solidaires. Côté patronal, l'État « employeur », les collectivités territoriales, les employeurs agricoles (FNSEA, Coordination rurale), l'économie sociale avec l'UDES, sont aussi là. A priori, on joue à guichets fermés. Mais le consensus de principe s'érode. Déjà, le Medef signifie son refus de participer eu égard « *aux mauvaises manières de l'État sur la fiscalité des entreprises dans le budget 2026* ». Il juge cette conférence « *inutile* » si ce n'est « *dangereuse, car source de démagogie* » en pleine campagne électorale. Plusieurs syndicats font aussi part de leur perplexité sur la méthode, voire le fond.

Sur le fond des échanges, le ministre du Travail, principal acteur politique du rendez-vous évoque les tenants de la démarche fixée par Sébastien Lecornu. « *Nous proposons trois grands thèmes : travailler mieux avec des dimensions sur la prévention, les conditions et qualité de vie au travail dans une logique de performance sociale et économique et ce dans un contexte où le travail change ; renforcer notre modèle productif avec des emplois adaptés au bénéfice de vrais parcours professionnels visant notamment les compétences en industrie, incluant les enjeux de productivité et de compétitivité des entreprises et enfin ; penser l'avenir des retraites en interrogeant les évolutions du système, y compris dans a* …

gouvernance et le besoin de maintenir en emploi les salariés expérimentés, avec des transitions professionnelles adaptées et l'encouragement de la poursuite d'activité ». Qu'attendre alors de ce rendez-vous ? La multiplication de rapports de tous côtés, plutôt alarmistes, mis à la disposition des décideurs et de l'opinion est-elle susceptible de modifier les points de vue des acteurs ? D'autant que fin juin, le Conseil d'orientation des retraites (COR) publiera une actualisation de ses projections sur tous les régimes de pension, publics et privés.

Demain, l'ASU

Le gouvernement va devoir s'atteler à un autre dossier, plus complexe qu'il n'y paraît aux premiers abords, celui de la création de l'allocation sociale unifiée (ou ASU). Longtemps souhaitée par le Président de la République, le projet de réforme visant à agréger l'ensemble des aides sociales en un seul et unique dispositif devrait prendre un nouveau virage avec la présentation à venir d'un projet de loi, comme cela fut annoncé fin novembre dernier à Albi par le Premier ministre. Ce dernier précisant que pour le moment, cette ASU regrouperait uniquement le RSA, les aides au logement et la prime d'activité et qu'elle se verrait adjoindre la création d'un compte social unique permettant « *d'avoir une vision claire des revenus perçus par un foyer au moment de l'instruction des aides. Et donc, d'asseoir les aides locales en s'appuyant sur le revenu social de référence* ». Si cette réforme poursuit un objectif de simplification des démarches des usagers, et par rebond de lutte contre le non-recours, il n'en demeure pas moins que le chantier s'annonce conséquent pour les CAF, par ailleurs déjà mobilisées sur d'autres points *(cf. ci-après)*, avec des problématiques d'harmonisation réglementaire et de développement de SI. Autre dossier qu'escompte faire avancer l'Exécutif, celui de la recentralisation du paiement du RSA. Un groupe de travail réunissant l'État et les départements devrait prochainement trancher la question.

Sécurité sociale : le dernier coup de collier ?

Dans l'environnement Sécu, la première date à cocher dans l'agenda 2026 sera celle de l'examen du projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales en première lecture à l'Assemblée nationale prévu pour la semaine prochaine. Très attendu pour les différentes branches, le texte s'il venait à être voté doit élargir leur champ d'action et renforcer les capacités d'investigation et de contrôle des équipes dédiées à cette mission. Le projet de loi prévoit également d'améliorer les synergies en interbranche ainsi que les interactions entre les sphères fiscales et sociales. Sur le strict volet Maladie, le projet de loi permet de déverrouiller les échanges d'information entre l'Assurance Maladie et les Ocam. Un décret en Conseil d'État est attendu pour déterminer les conditions et modalités de mise en œuvre de ces échanges.
En dehors de cette « mise en bouche », l'agenda des organismes de Sécurité sociale demeure bien rempli avec une année 2026 calée à l'aune d'un exercice 2027 qui verra les élections présidentielles et (fort probablement) législatives logiquement ralentir le rythme des réformes.

Assurance Maladie : pas de pause dans les «négos» conventionnelles

Comme de coutume, le PLFSS apporte son lot de nouveaux chantiers à engager pour l'Assurance Maladie. Outre le pilotage resserré du poste IJ, la branche Maladie va s'atteler à soutenir la mise en place du réseau France Santé. Mesure phare annoncée par Sébastien Lecornu dès sa prise de fonction à l'automne dernier, ce niveau dispositif prévoit de créer un réseau de structures de soins de premier recours. Le gouvernement a fixé un cap : « *permettre à chaque Français d'accéder à une solution de santé en moins de 30 minutes et d'obtenir un rendez-vous médical sous 48 heures* ». Pour cela, 5 000 structures (MSP et centres de santé majoritairement) répondant à « *des critères exigeants de qualité, d'accessibilité et de coordination* » seront labellisées d'ici fin 2027. Dès 2026, une étape devra être franchie avec 2 000 structures à incorporer. Si 130 Ms € sont prévus pour structurer cette démarche, la CNAM aura tout de même un rôle à jouer en engageant dans un premier temps d'ici la fin du premier trimestre, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles pour délimiter quelles structures de soins pourront intégrer le réseau des maisons France Santé ainsi que les rémunérations auxquelles elles seront éligibles dans ce cadre. Dans la foulée, d'autres négociations ACI devront être ouvertes d'ici l'été afin de favoriser l'exercice coordonné et l'intégration des CPTS dans ce dispositif. Ce calendrier serré en est l'illustration, le gouvernement veut que la montée en charge du réseau se fasse vite… très vite.





En attendant, d'autres travaux conventionnels devront avoir trouvé une issue : ceux engagés depuis plusieurs mois avec les syndicats infirmiers. Au point mort en novembre avant d'être relancé avant les fêtes, les travaux s'enlisent autour de plusieurs points : la revalorisation de l'acte médico-infirmier (actuellement à 3,15 €) et de l'indemnité forfaitaire de déplacement, la valorisation du bilan de soins infirmiers ou encore le périmètre dévolu au nouveau statut d'infirmier référent. Les syndicats attendent de l'Assurance Maladie un effort réel en vue de renforcer l'attractivité d'un métier appelé à jouer à terme un rôle central dans l'organisation des soins primaires. Thomas Fatôme a assuré à plusieurs reprises qu'il ferait des propositions concrètes en termes de revalorisation des actes clés. Une première enveloppe de 120 Ms € serait d'ores et déjà annoncée. Suffisante ?
Le sous-Ondam de la médecine de ville, bien que de 3,1 % (soit 3,6 Mds de plus par rapport à 2025), contraint quelque peu les marges de manœuvre d'une CNAM qui doit assumer d'autres dépenses à la hausse décalées depuis juillet dernier. À commencer par celles prévues dans le cadre de la convention médicale signée en 2024 en direction des gynécologues, des pédiatres, des gériatres. De nouveaux actes sont également créés comme les consultations de sortie d'hospitalisation, de déprescription de patients hyperpolymédiqués et d'orientation vers un parcours médico-social. Les trois sont tarifées à hauteur de 60 €. L'autre conséquent chantier sur lequel devra œuvrer la CNAM est celui de la révision nomenclature des actes techniques et chirurgicaux (CCAM). Le dossier est hautement sensible aux yeux des syndicats de médecin appelant à dépoussiérer un cadre non revu. Une enveloppe de 240 Ms € avait été gelée par l'Assurance Maladie à l'issue de la négociation conventionnelle dans ce cadre. Enfin, le 1er janvier 2026 marque l'entrée en vigueur du nouveau forfait médecin traitant (FMT) qui regroupera, en grande partie le périmètre précédemment couvert par le forfait patientèle médecin traitant, le forfait structure ainsi que la ROSP.

CAF et Urssaf au diapason

Du côté des Caf, le tumultueux vote du PLFSS 2026 aura débouché sur deux mesures impactant directement la branche. Si l'on notera le relèvement progressif de l'âge de majoration des allocations de 14 ans à 18 ans (uniquement pour les futurs bénéficiaires) dès le 1er mars prochain, le fait majeur est indubitablement la création du congé supplémentaire de naissance pour chaque parent. Ce dispositif sera d'une durée maximale de deux mois, pouvant être modulé au choix du parent, et permettra de rallonger de quatre mois la garde parentale accordée pour un couple. Initialement prévu pour le 1er janvier, le lancement est finalement décalé au 1er juillet à la suite d'un décalage imposé par le gouvernement. Ce délai supplémentaire de six mois devrait permettre la mise à jour des logiciels et SI de la branche… tout du moins, c'est l'objectif affiché alors que le ministère a confirmé que le temps normalement prévu pour mener à bien un tel chantier serait d'un an et demi. Les Caf peuvent donc se préparer à un lancement potentiellement compliqué.
Cette année sera aussi l'occasion de voir plusieurs réformes

portées l'an dernier commencer à atteindre leur « vitesse de croisière » notamment en matière d'accompagnement des allocataires. Cela sera principalement le cas pour la révision du complément de mode de garde (CMG), déployée avec les Urssaf, du mécanisme de solidarité à la source et enfin, de l'inscription automatique des bénéficiaires du RSA à France Travail.

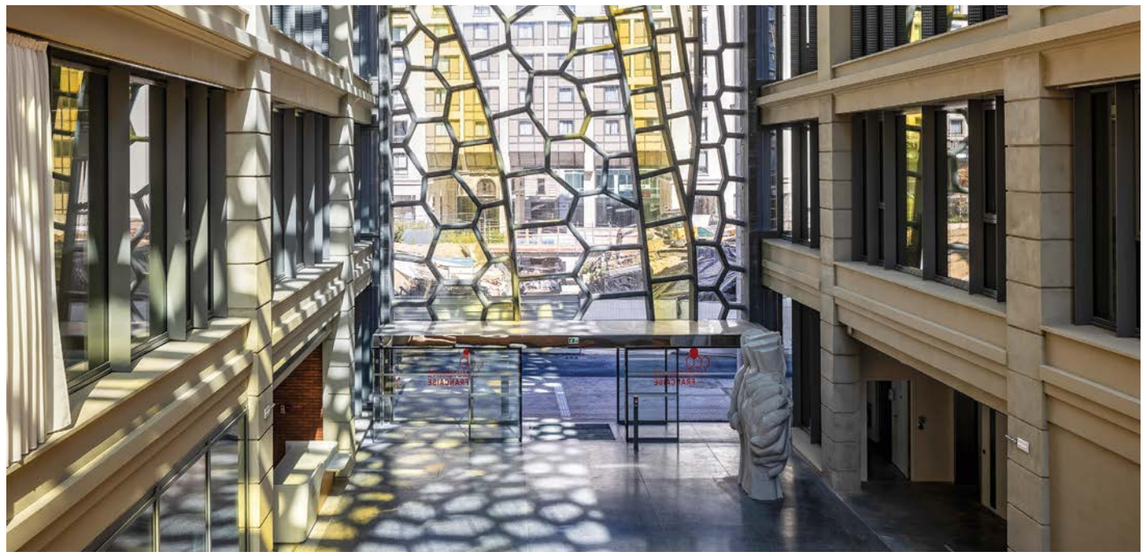
Du côté de la branche Recouvrement, deux chantiers majeurs devraient fortement mobiliser les équipes des Urssaf. Le premier portera sur la mise en place de la DSN de substitution, un mécanisme qui permettra de corriger les anomalies issues des données transmises par les entreprises. Un dispositif inscrit dans une logique de droit à l'erreur qui se focalisera sur l'assiette soumise à cotisation vieillesse. En parallèle, le prélèvement à la source des cotisations sociales des autoentrepreneurs travaillant pour le compte des plateformes numériques va être lancé en avril auprès de huit structures volontaires. La finalité de ce chantier est de simplifier les démarches de ces plateformes tout en veillant à sécuriser la collecte des cotisations. Concrètement, l'Urssaf communiquera chaque mois aux plateformes le taux de cotisation à appliquer à leurs autoentrepreneurs en fonction de leur secteur et de leur situation. En parallèle, celles-ci s'engagent à transmettre leurs chiffres d'affaires réalisés ainsi que le montant de cotisations prélevées dans une démarche de transparence. Ce lancement anticipé devrait être court, car la généralisation du dispositif est d'ores et déjà prévue pour 2027.

Ocam : les cotisations (encore) sous le feu des projecteurs

La question des tarifs des complémentaires santé sera plus que jamais au cœur de l'attention. Contre toute attente, le Conseil constitutionnel n'a pas censuré la disposition de la LFSS visant à geler les augmentations pour 2026. Une mesure qui semble difficile à mettre en œuvre, le niveau des cotisations pour l'année en cours ayant été fixé depuis plusieurs mois par les opérateurs… La Mutualité Française a déjà annoncé des progressions de 4,7 % pour les contrats collectifs et de 4,3% pour les offres individuelles (après des hausses globales de 6% en 2025 et 8,1% en 2024). Le budget de la Sécu prévoit aussi que le gouvernement et l'Uncam devront enclencher une négociation avec l'Unocam *« avant le 31 mars 2026 »*. Objectif : éviter que la contribution exceptionnelle à hauteur de 1 Md € pesant sur ces organismes ne soit répercutée sur les cotisations *« au cours des exercices en cours et à venir »*. Outre cette somme, les complémentaires devront par ailleurs assumer 400 Ms € de transferts de charges vers les établissement hospitaliers (qui restent à préciser). Dans ce contexte, plusieurs réflexions sur l'articulation entre AMO et AMC sont également prévues. La ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a annoncé le lancement d'une mission, confiée à quatre personnalités qualifiées, qui devait démarrer après le vote de la LFSS. Elle a notamment évoqué une réflexion à conduire *« sur la façon dont l'assurance maladie et les complémentaires pourront se coordonnent dans l'avenir pour que chaque euro utilisé soit vraiment utile »*. De leur côté, les Ocam portent une plateforme de propositions sur la réforme du contrat responsable, incluant une offre « socle » avec des garanties resserrées. En parallèle, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, co-présidée par Jérôme Guedj (PS) et Cyrille Isaac-Sibille (Les démocrates), poursuivra son évaluation de la répartition des dépenses entre l'AMO et l'AMC, amorcée en 2025.

Côté Fonction publique, la montée en charge de la réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) , soit la mise en place de contrats collectifs à adhésion obligatoire en santé et facultative (sauf à L'Economie et aux Finances) en prévoyance, se poursuit. Plusieurs gros ministères ont déjà basculé au 1er janvier dernier : Bercy (Alan en santé et GMF en prévoyance), Intérieur (MGP en alliance avec la MGEN en santé), Affaires étrangères et européennes (MAEE alliée à la MGEN en santé, MGEN en prévoyance), Affaires sociales (groupement MGAS, MGEN, Relyens et MNH en santé et en prévoyance). Au 1er mai le géant de l'Éducation nationale suivra, avec quelque 1,4 million d'agents (soit près de 3 millions de personne en incluant ayants droit et retraités). Opérateur historique, la MGEN a été confortée en santé, la prévoyance lui a également été confiée avec MAGE et CNP Assurances. Chez les territoriaux, la réforme s'applique pour le volet santé depuis le 1er janvier et différents travaux devront être conduits en vue de la généralisation des contrats collectifs à adhésion obligatoire en prévoyance, d'ici au 1er janvier 2029. Enfin, les discussions devront passer à la vitesse supérieure pour le versant hospitalier alors que l'entrée en vigueur de la réforme a été décalée au 1er janvier 2027.





Médicaments et Europe : nuages à l'horizon?

Si les Ocam auront grandement participé à l'effort des économies à réaliser dans le cadre de la LFSS 2026, le secteur du médicament garde son leadership en volume de contribution avec pas moins de 1,7 Md de baisse de prix des dispositifs annoncée. Une situation dont se seraient bien passés les industriels à l'heure où la France continue de décrocher face à ces concurrents européens. Le tout, dans un contexte où l'intégralité du marché du vieux continent angoisse face à la nouvelle politique américaine visant à rapatrier les unités de recherche et de production sur son sol. L'administration Trump annonçant mettre sur la table 500 Mds $ pour matérialiser cette ambition, là où l'UE peine à dépasser la barre des 40 Mds €. Tous les voyants d'alerte sont donc au rouge. Le LEEM, représentant des industries du médicament en France, a appelé à de multiples reprises le gouvernement à une concertation collective pour aborder les problématiques structurelles du secteur (prix des médicaments, réglementation, attractivité…). Pour le moment, en vain. Toutefois les choses pourraient évoluer au printemps avec la présentation des conclusions de la mission flash commanditée par François Bayrou en juillet 2025, à Virginie Beaumenier, présidente du CEPS. Si le thème de celle-ci porte essentiellement sur le niveau de prix du médicament, l'un des enjeux du rapport est de définir *« une approche intégrée »* dépassant les approches budgétaires actuelles.

En parallèle, l'actualité à court terme des instances européennes portera également sur le médicament avec l'adoption d'un nouveau « paquet pharmaceutique », 22 ans après la dernière révision législative. Après pas loin de deux ans de tractations, un accord entre les trois institutions (Parlement, Conseil et Commission) est finalement intervenu le 11 décembre dernier sur la directive et le règlement dudit paquet. Celui-ci actualise un certain nombre de dispositifs comme l'allongement de la protection des données des entreprises du médicament à 8 ans, l'obligation pour ces dernières de notification six mois à l'avance en cas de pénurie anticipée de dispositifs médicamenteux ou bien la réduction du délai de procédure d'autorisation de mise sur le marché, imparti à l'Agence Européenne des médicaments (AME), de 210 à 180 jours. Malgré tout, les choses vont prendre du temps à se mettre en place. En effet, une fois la publication des mesures de ce paquet au Journal Officiel de l'UE, les nouvelles dispositions législatives entreront vigueur après 2 ans… soit pas avant 2028.

Plus largement, le programme de travail pour 2026 de la Commission européenne, intitulé « Le moment de l'indépendance européenne », sera plus que jamais impulsé par le contexte géopolitique. Et plus particulièrement, par les relations avec l'administration américaine et la guerre en Ukraine. Toutefois sur le plan économique, une série de mesures de simplifications réglementaires dans divers secteurs stratégiques est attendue en vue de générer pas loin de 9 Mds € d'économies aux entreprises implantées dans les États membres.

Pascal Beau,
Alexandre Beau et Émilie Guédé

ARTICLE 51

Quoi de neuf, docteur?



Comme chaque année, le ministère de la Santé a adressé en fin d'année son rapport sur les expérimentations innovantes en santé, dites « article 51 » au Parlement. Si plusieurs nouveaux dispositifs sont mis en avant, ceux s'appuyant sur des modes d'exercices collectifs se distinguent particulièrement du lot.

L'article 51 est un dispositif de soutien à l'innovation en santé, créé par la LFSS 2018 sous l'impulsion de l'Assurance Maladie et de son directeur général de l'époque, Nicolas Revel. La démarche poursuivie était de déconcentrer et de diffuser une culture de l'innovation de terrain auprès des acteurs du soin et du médico-social tout en reformatant les démarches d'expérimentations jugées alors comme *« trop longues et trop lourdes administrativement »*. En clair, faire plus rapide et plus simple en dérogeant potentiellement aux règles de financement de droit commun.

Les premières expérimentations ont été autorisées en 2019. Doté d'un budget annuel de 125 Ms € (+ de 800 Ms € cumulés sur sept ans), l'article 51 a accompagné depuis sa création 164 projets (sur 1 260 projets candidats), dont 102 ont abouti en septembre 2025. Sur ce contingent, 48 ont déjà reçu un avis favorable pour une généralisation dans le droit commun. Ce qui place le taux de « réussite » au-delà de l'objectif des 40 % visé par Cécile Lambert, la rapporteure générale du projet au ministère de la Santé.

Ciblage

La topographie de la nature des expérimentations menées auprès de 220 000 bénéficiaires ciblés se concentre principalement autour de plusieurs thématiques : santé mentale (13 projets), obésité (12), cancérologie (8), maladies cardiovasculaires (9), maladies chroniques (6) et perte d'autonomie (7). Ces démarches sont portées majoritairement par des établissements de santé (29 %) et des groupements de professionnels libéraux (25 %).

Dans les 18 mois à venir, plusieurs expérimentations sont appelées à être généralisées. Parmi celles-ci, on relèvera l'initiative Emno revisitant la prise en charge des personnes atteintes d'obésité en mixant une approche pluridisciplinaire forfaitisée avec la participation active des patients en vue d'améliorer leur qualité de vie. Le tout s'appuyant sur une plateforme en ligne. Autre projet prometteur : l'ICOPE déployant une démarche de prévention structurée du déficit fonctionnel lié à l'âge en outillant les acteurs de soins primaires et en évaluant l'implémentation de cette démarche en vie réelle. À suivre également, le lancement d'une deuxième phase d'expérimentation du paiement à la capitation pour les équipes de professionnels de santé en ville de l'expérimentation autour des PEPS *(cf. ESE 1251)* embarquant 12 centres de santé et 10 MSP. Les conclusions de ce nouveau test « grandeur nature » sont attendues pour l'an prochain.

Le médecin de demain

Le rapport transmis au Parlement en novembre s'attarde également sur le rôle du médecin traitant en pointant, au passage, un certain nombre de difficultés rencontrées dans sa mobilisation pour intégrer ces expérimentations. Toutefois, fort des retours d'expérience de ces dernières, des évolutions de son périmètre d'action sont envisagées pour davantage inscrire celles-ci dans une logique de travail en réseau coordonné avec les professionnels de santé de proximité. Ce, y compris en y intégrant de nouvelles spécialités (diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, activité physique adaptée…). Plus largement, le rôle central de médecin traitant pourrait être amené à être revu *« dans le parcours de prise en charge selon la fréquence de la situation »* dans le cadre de la définition de nouveaux protocoles de coopération.

L'autre sujet abordé, en lien avec les généralistes, est celui de la libération de davantage de temps médical. Sur cet enjeu, maintes fois soulevé par les syndicats médicaux et la CNAM, plusieurs pistes sont avancées, comme une plus large autonomisation du patient, *via* des activités éducatives, le renforcement de la logique de binôme avec une infirmière de coordination ou encore, une plus large extension des missions des pharmaciens.

Alexandre Beau

COMPARATIF

Plus de dépenses pour plus de performance sociale?

Une récente étude de la Drees s'est penchée sur l'évolution récente des dépenses sociales au sein de l'UE. À quelques exceptions près, leur poids dans le PIB des États membres s'est accru. Pour autant, plusieurs indicateurs de performance laissent entrevoir que la performance sanitaire et sociale, induite par cette hausse, est peut-être plus contrastée qu'il n'y paraît.

Le très clivant débat national portant autour du juste niveau de dépenses sociales semble avoir franchi nos frontières pour s'étendre chez nos voisins européens. Une étude de la Drees, publiée le mois dernier, comparant les niveaux de dépenses sociales au sein de l'UE entre 2007 et 2023 semble en attester. Au global, les dépenses de prestations sociales ont augmenté de 2 700 Mds € à 4 600 Mds € durant cette période au sein de l'espace européen. En moyenne, elles ont progressé de 2,3 points en passant de 24,9 % à 27,2 % du PIB si l'on intègre les effets conjoncturels. La France et l'Allemagne se situent au-dessus avec des hausses respectives de 2,8 et de 2,7 points. L'Italie et l'Espagne ont connu une inflation encore plus importante en dépassant la barre de 4,5 points. *A contrario*, la période a été à la stagnation pour le Portugal (+ 0,7) et l'Irlande (+ 0,3) voire à la régression pour la Hongrie (-5,5) et pour le Danemark (-2,3). À noter que la France a gardé sa couronne de champion continental en termes de volume de prestations sociales versées rapportées au PIB (31,7 %) jusqu'en 2024. Date à laquelle la Finlande l'a dépassée.



Facteur vieillissement

Derrière ces tendances, la Drees fait deux remarques. La première étant la décorrélation entre le tendanciel de progression des dépenses sociales avec les autres dépenses publiques tandis que la seconde pointe le poids considérable pris par les dépenses liées au risque vieillesse (retraites et pensions de réversion) sur les 15 dernières années. Bien plus que celles liées à la maladie, à la famille ou au logement. Cette tendance se veut encore plus marquée dans les pays ayant connu une réelle progression globale de leurs dépenses sociales rapportées au PIB à l'image de la Finlande (+ 4,5 points), de l'Espagne (+4) ou de la Belgique (+2,5). En parallèle, un écart de situation est à souligner en ce qui concerne le risque maladie avec des situations parfois opposées. Si on relève l'inflation des dépenses en Allemagne (+2,3) et en Pologne (+2) en 15 ans, la situation est tout autre pour l'Italie (-0,1), la Suède (-0,8) et le Danemark (-2,2).

D'ailleurs il est à noter qu'en 2007, la France était en deuxième position sur le podium des dépenses sociales avec 28,9 points de PIB. Elle était alors entourée… du Danemark (30,1) et de la Suède (27,6). Quinze ans plus tard, elle est le seul pays de ce trio à les avoir accrus. La Drees pointant là, non sans une certaine ironie, *« une préférence collective pour un niveau de prestations plus élevé »*.

L'argent fait le bonheur?

Le comparatif s'attarde également à la corrélation entre les dépenses vieillesse avec le taux de pauvreté des 65 ans ou plus. Dans une très large partie des cas, l'augmentation des premières agit en tant qu'effet correcteur sur le second. Par exemple en France, 92 % des 65 ans ou plus vivraient sous le seuil de pauvreté sans leurs pensions. Une fois qu'elles sont versées, ce taux baisse à 15 %. L'exception à la règle étant encore une fois le Danemark, où la réduction des dépenses vieillesse n'a pas eu de répercussion négative sur le risque de paupérisation de ses seniors. Là encore, l'effort danois a davantage porté sur une réforme structurelle d'envergure entamée en 2011 (indexation de l'âge de départ en retraite à l'espérance de vie, réorganisation du pilotage des régimes…). En ce qui concerne le risque maladie, l'amélioration de l'accès aux soins et le montant de reste à charge (RAC) ne semblent pas directement corrélés au niveau des dépenses sanitaires. Pays par pays, certaines situations peuvent paraître assez paradoxales. C'est notamment le cas de l'Italie qui connaît une stagnation globale, le RAC augmente de 1,1 point tandis que le taux d'usager indiquant rencontrer des difficultés d'accès aux soins baisse de 3,3 points. Sur ce point, l'Allemagne fait office de bon élève en étant le seul État membre dont la hausse de ses dépenses a entraîné une baisse du RAC de 2,7 points et une amélioration de l'accès aux soins de 1,4 point. La fameuse *« Deutsche Qualität »* ?

Alexandre Beau

MGÉFI

Après la perte de l'appel d'offres du ministère de l'Economie et des finances, la Mgéfi cherche un nouvel élan, entre son plan « Rebond 2026 » et les travaux lancés en vue d'un possible rapprochement avec Ociane, au sein du groupe Matmut. Entretien avec **son président, Didier Debord,** et son **directeur général, Christian Pasquetti.**

« Bâtir un vrai projet mutualiste dans le domaine de la santé et de la prévoyance »



Didier Debord, président et Christian Pasquetti, D.G.

Avez-vous une vision finalisée de l'impact de la décision de Bercy sur vos effectifs ?
Didier Debord : Dès l'annonce de la perte du contrat à Bercy, et en amont de notre assemblée générale 2025, nous avons travaillé à la réorientation de notre feuille de route stratégique avec un chantier immédiat visant à contenir la perte d'adhérents et à fidéliser ceux dont l'adhésion au contrat collectif n'est pas obligatoire, notamment les retraités.
Notre feuille de route « Rebond 2026 » s'est déployée dès juillet *via* une campagne de communication qui avait pour objectif de rappeler ce qu'est la Mgéfi et ce qu'elle entend rester demain : une mutuelle qui continuera à accompagner ses adhérents, retraités comme actifs. Nous avons ainsi été à leur rencontre dans les 101 départements français.
Les premiers bilans sont positifs. Les retraités dans leur quasi-totalité nous font confiance et expriment le souhait de poursuivre avec la Mgéfi. Cela montre que la relation nouée est solide et empreinte de confiance. Pour les actifs, le contexte est différent puisqu'ils doivent obligatoirement adhérer au dispositif PSC du ministère. Néanmoins, entre 10 et 15 % d'entre eux ont fait le choix de conserver un lien avec la Mgéfi.

Quelle finalité au rapprochement avec la Mutuelle Ociane Matmut ?
D.D. : Même si nous sommes plutôt satisfaits de la trajectoire « Rebond 2026 » et de nos succès dans la fonction publique territoriale (FPT), la perte du marché de la PSC au ministère de l'Économie et des Finances constitue un affaiblissement. La diminution de l'activité aura un impact sur l'organisation opérationnelle de la Mgéfi. Si nous n'avons pas de difficulté sur le plan économique et en matière de solvabilité, nous sommes devant un enjeu social lié à la réduction de l'activité opérationnelle sur certains postes, enjeu que nous traitons sereinement et avec anticipation. Cela a conduit notre conseil d'administration à ouvrir, plus rapidement que prévu, le chantier du rapprochement de la Mgéfi avec l'autre mutuelle santé du groupe Matmut, Ociane Matmut. En effet, dans le cadre de la PSC, nous avions déjà initié un travail collectif sur des synergies opérationnelles, notamment en termes d'outils informatiques, et de réseau de distribution avec l'appui des agences du groupe. La perte du marché accélère les choses. Nous avons la volonté de capitaliser sur les savoir-faire et d'avoir un pôle santé-prévoyance fort à l'intérieur du groupe à côté des activités IARD et de l'activité épargne (nettement renforcée avec l'acquisition récente de HSBC Assurances Vie, devenue KOREGE), sur l'ensemble des champs de la complémentaire santé, notamment l'interprofessionnel et la Fonction publique, en emmenant l'ensemble des collaborateurs. Cela nous permettra de préserver l'emploi de l'ensemble des collaborateurs de la Mgéfi, invalidant ainsi la nécessité d'un PSE.

Le scénario d'une fusion est-il à l'ordre du jour ?
Christian Pasquetti : Au-delà des modalités, ce qui est important, c'est de bâtir un vrai projet mutualiste en termes de développement dans le domaine de la santé et de la prévoyance, avec un pôle santé fort au sein du groupe. La Mgéfi est spécialiste de la Fonction publique, nous voulons donc continuer à porter nos actions et notre développement dans ce champ. Si, on arrive au bout du chantier PSC dans la fonction publique d'État (FPE), il reste à se poursuivre dans la FPT et la fonction publique hospitalière (FPH).

Qu'en sera-t-il concernant la relation avec vos adhérents ?
D.D. : Nous n'oublions évidemment pas nos adhérents, notamment les retraités, qui restent notre priorité ; c'est pour eux que nous travaillons, nous ne l'oublions pas ! Aussi, nous avons décidé de reconduire en 2026, le dispositif « d'aller vers » que nous avons déployé à l'automne 2025. Dans ce cadre, nous avons rencontré presque 15 000 personnes en un mois. Si nous aboutissons à la construction du pôle santé au sein du groupe, ce dont je ne doute pas, nos adhérents pourront accéder aux 480 agences du Groupe Matmut et ainsi continuer à bénéficier d'une relation de proximité renforcée. Cette relation particulière avec ses adhérents a toujours fait la spécificité de la Mgéfi.

Quelles sont les différentes échéances fixées ?
D.D. : Après le conseil d'administration qui s'est tenu en décembre 2025, nous nous sommes donné pour objectif, sous réserve de la consultation des IRP (dans ce type de projet, le dialogue social est essentiel) de soumettre ce projet à notre assemblée générale de juin 2026. Notre souhait est d'être pleinement opérationnels au 1er janvier 2027.

Où en est votre développement dans la fonction publique territoriale ?
C.P. : Sur la FPT, nous avons deux axes de développement : en continuant à répondre aux appels d'offres des collectivités dans le cadre de la PSC où il y a encore des possibilités de développement. En 2025, la quasi-totalité des centres de gestion a lancé leur appel d'offres. Si nous n'avons pas remporté de contrat dans ce cadre, nous finissons souvent dans les trois premiers, ce qui est très honorable pour le nouvel acteur que nous sommes dans la FPT. En revanche, pour ce qui concerne les appels d'offres des collectivités, nous avons récemment remporté celui de la ville de Deauville et du Conseil Départemental de l'Aube. Nous avons eu également plusieurs succès dans le secteur du logement social. Nous avons remporté cinq marchés en 2025 dans ce domaine, ce qui nous permet d'avoir un rayonnement national.
En poursuivant la distribution de notre offre individuelle labellisée VicTerria Santé. Cette offre connaît un réel succès avec un doublement de la production pour l'année 2025 par rapport à 2024.



Avez-vous des ambitions sur le champ de la prévoyance dans la territoriale ?
C.P. : À ce jour, nous ne sommes pas équipés en prévoyance même si nous avons une certaine expérience avec les offres que nous distribuions au Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle, énergétique et numérique (Mesfin) et dans la FPE. Ce sujet doit être examiné, et pourra demain être porté dans le cadre du pôle santé du Groupe Matmut. La prévoyance demande une expertise forte avec des risques très différents entre ceux de la FPE et de la territoriale, notamment en raison d'une pluralité de métiers dont certains sont pénibles, avec des ports de charge, un travail en extérieur, etc. Le marché est aussi très parcellisé, contrairement à l'État où il y avait historiquement une culture de la prévoyance et une mutualisation avec les garanties santé. Se pose aussi la question des ressources, avec beaucoup d'agents de catégories C dont les rémunérations sont souvent moins élevées.

En revenant à votre périmètre historique, Bercy, comment voyez-vous les choses ?
D.D. : Le marché est lancé et se déploie, on verra bien combien de temps cela va durer, si le marché va à son terme. Compte tenu du modèle d'Alan qui reste en déséquilibre sur le plan économique, il n'est pas illégitime de s'interroger sur la pérennité du contrat. Dans tous les cas, nous avons bien l'intention de nous préparer à repostuler à un nouvel appel d'offres. Bercy fait partie de l'ADN de la Mgéfi, nous n'abandonnerons pas ce marché. Notons que grâce à la feuille de route « Rebond 2026 », nous comptabilisons à date un total de près de 190 000 personnes protégées. La Mgéfi remercie la fidélité de ces adhérents, notamment retraités. Notre mission se poursuit, au service des agents publics, avec au cœur de notre action nos valeurs mutualistes et ce lien de proximité si singulier dans l'univers des complémentaires santé.

Propos recueillis par Émilie Guédé et Alexandre Beau



AGIR
POUR LES AGENTS PUBLICS, C'EST AGIR POUR LE SERVICE PUBLIC

MFP
MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

UNE DÉMARCHE MUTUELLES