ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

DOSSIER SPÉCIAL

OCAM

UNE EMBELLIE EN ATTENDANT DEMAIN

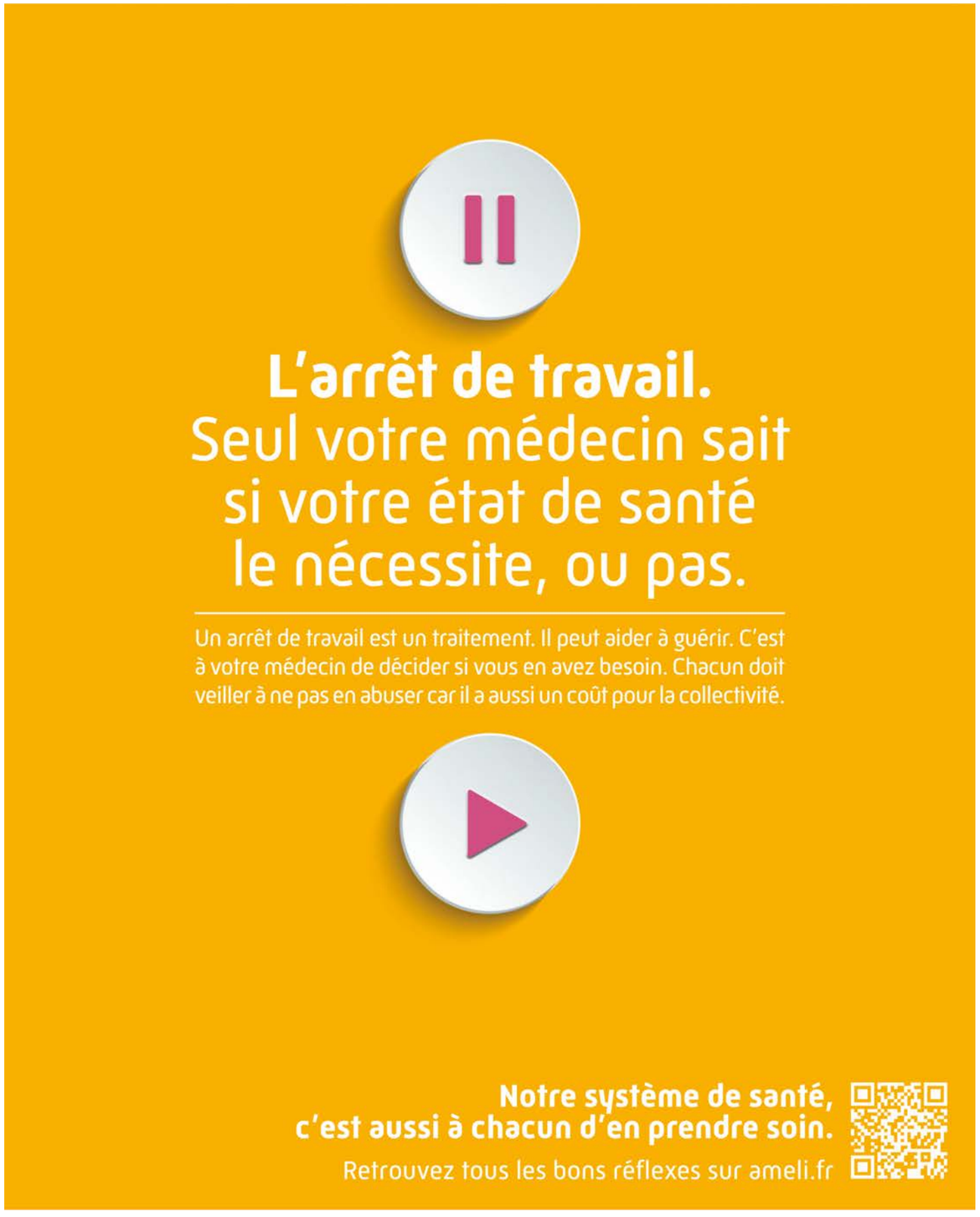


- LES DONNÉES CLÉS DU MARCHÉ 2025
- QU'ATTENDRE DE LA MISSION AMO/AMC ?
- PSC DES HOSPITALIERS : DÉNOUEMENT EN VUE



PLFSS 2027 L'INÉVITABLE CATASTROPHE

N° 1301 - BIMENSUEL DU 5 AU 18 JUIN 2026 15 €



ÉDITO

Alexandre Beau



Engrenages



© Vectorstock

Ces dernières années, à l'occasion de la présentation estivale du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale, il devenait presque de coutume de constater que les déficits de fin d'exercice seraient moins pires qu'anticipés. Avec à la sortie, une communication de satisfecit gouvernemental toujours plus déconcertante. Or, cette fois-ci, la tendance s'inverse avec une dégradation de déficit d'environ 20 % par rapport à la projection faite dans la LFSS 2026. Il y a donc de quoi être inquiet, voire en colère, car ce scénario était hautement anticipable à la vue d'un texte budgétaire dénué de sens des responsabilités. Le dernier rapport de la Cour des comptes ne nous contredira pas sur ce point.

Faute d'un alourdissement des cotisations sociales ou d'une relance miraculeuse de l'activité économique en vue de doper les rentrées de recettes, espoir utopique au regard du contexte international, le seul levier est la maîtrise des dépenses. N'en déplaise à nos futurs candidats présidentiels toujours prompts à promettre le « toujours plus d'Ondam » à qui voudra l'entendre. À leur décharge, n'est-ce pas là notre *modus operandi* réflexe sur la dernière décennie ? 100 % santé, Ségur de la ville et du numérique, négociations conventionnelles… les différents gouvernements qui se sont succédés, avec le concours de l'Assurance Maladie, ont créé les conditions d'un secteur autant inflationniste qu'incontrôlable. Les milliards de revalorisations accordés, certes dans certains cas indispensables, n'ont ni été financés ni n'ont fait l'objet d'engagements opposables sur résultat (hausse du volume d'activité, pertinence des actes, prévention…). Des constructions *open-bar* qui se révèlent, sans surprise, être des trappes pour les comptes de la branche Maladie. Pouvait-il raisonnablement en être autrement quant à défaut de maîtriser rigoureusement la dépense médicale, on en appelle systématiquement au bon vouloir et à l'esprit de responsabilité collective des acteurs ? Tout ceci devient risible.

Or, en miroir de ce décrochage, un sentiment de ras-le-bol perdure chez des millions de citoyens peinant de plus en plus à trouver un rendez-vous chez un médecin. Une entorse fondamentale au principe constitutionnel de garantie d'accès aux soins qui passe globalement sous silence, hormis quelques sursauts, ici ou là. Ne serait-ce finalement pas cela la plus insoutenable des injustices ? ■

SOMMAIRE

6 - DOSSIER SPÉCIAL
Marché des Ocam : une trajectoire toujours positive.
• Progression TSA, rapport P/C positif… enfin rentable ?
• Quelles hypothèses pour la mission AMO-AMC ?
• PSC des hospitaliers : les discussions sont bouclées.

10 - SÉQUENCES
12 • Numérique
Le robot social, un incontournable de demain ?
13 • Formation
QVCT : un périmètre en mutation.
14 • Analyse
PLFSS 2027, la bombe financière !

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 : n_a vector/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

« *Libérer le plein potentiel du modèle mutualiste* »







Trois ans après avoir été mandaté par **Marlène Schiappa**, alors secrétaire d'État à l'Économie sociale et solidaire (ESS), le **docteur Jean-Martin Cohen-Solal**, ancien directeur général de la Mutualité française a rendu son rapport à **Serge Papin,** ministre des PME, du Commerce et de l'Artisanat, également en charge de l'ESS.

Thème du document : « *Libérer le plein potentiel du modèle mutualiste* ». Le travail de l'ancien « boss » de la FNMF restitue largement les souhaits et échanges avec près de 100 acteurs de l'économie sociale, du monde de la Mutualité et de la protection sociale. Les recommandations suggérées par le rapport sont le fruit d'un large consensus sur l'impératif de préserver l'identité et de valoriser la spécificité du modèle mutualiste dans les réalisations sociales, sanitaires.

Quatre têtes de chapitre mettent en exergue quelque 30 propositions d'actions. En premier lieu, le docteur Cohen-Solal souhaite faire évoluer la réglementation pour revivifier la démocratie et l'engagement des élus. Cela passerait par une prise en compte de la VAE, des facilités pour l'exercice des mandats, des frais de garde des aidants. Le fonctionnement des SAM, des UMG, la retraite des élus sont à améliorer. En second, les outils financiers pour l'action économique des groupements seraient concernés par une série de mesures portant entre autres sur la modulation de Solvabilité 2 selon la taille de la mutuelle, la pratique d'investissements responsables, le droit au courtage, les certificats mutualistes, etc. Troisième chantier, l'implication favorisée des investissements mutualistes dans la santé et le social. Là, le rapporteur plaide pour une vraie reconnaissance du label mutuelle et une association avec l'État et la CNAM sur les politiques de prévention. Enfin, place est donnée aux droits des sociétaires en matière d'IA sur l'accès aux données, la cybersécurité et l'adaptation du règlement européen FIDA. ■

➤ Pistes pour 2027



Il y eut déjà une sorte de pré-annonce dans l'entourage d'Emmanuel Macron sur la mise en route d'un groupe de travail sur une réforme du financement de la Sécurité sociale. Voici, à l'initiative de **Roland Lescure**, ministre de l'Économie, un second groupe de quatre économistes chargés de remettre à Bercy les pistes de solutions pour établir les PLF et PLFSS 2027 pour tenir dans les clous du plan de redressement des comptes publics. Sont mobilisés Jean-Luc Tavernier (ex-DG Acoss et Insee), Natacha Valla, Xavier Jaravel et Xavier Ragot (président du CAE). La copie est attendue pour juillet. Bon courage ! ■

➤ Franchises à récupérer !

Ce n'est pas la première fois, mais la Cour des comptes s'énerve sur le fait qu'environ 1,5 Md € de montant de franchises médicales et de forfaits ne seraient pas récupérés chaque année par l'Assurance Maladie. La Cour plaide pour une refonte du dispositif. 90% de réussite en 2010-2014 mais 75% depuis…. En conséquent, elle



réclame un prélèvement bancaire direct sur les comptes des assurés et la fin des exemptions sur certains actes médicaux et catégories de patients (18 millions sont exonérés). ■

➤ ASU, nouveau report

Cela devient une « Arlésienne » … Le gouvernement vient de retirer de l'ordre du jour du Parlement le projet de loi créant l'ASU (Allocation universelle de solidarité). Motif du report ou retrait : le besoin d'affiner les contours juridiques du texte, suite aux remarques formulées par le Conseil d'État portant sur le risque d'atteinte au principe de « libre administration des collectivités » ainsi qu'une mise en cause potentielle de l'égalité des bénéficiaires devant le droit à la prestation. ■

➤ Dir-cab retraite !

Fin avril dernier, le J.O. fait état de la nomination de **Renaud Villard**, ancien DG de la CNAV, comme directeur



de cabinet de Jean-Pierre Farrandou, ministre du Travail et de l'Emploi. Confirmation ainsi que Sébastien Lecornu, premier ministre, entend, une fois la conférence TER (Travail, Emploi et Retraite) achevée début juillet, donner une suite aux travaux. Et tenter de dégager cet automne une forme de consensus sur les fondamentaux d'une réforme, cette fois, moins conflictuelle que celle de 2023. ■

À NOTER



Une étude américaine sur les causes de la dénatalité fait ressortir une corrélation entre la chute du désir d'enfant et l'addiction aux réseaux sociaux et au mobile.

•

« Décryptage santé » est la nouvelle collection de publications du Hcaam (Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), synthèses des principaux rapports publiés par l'instance consultative.

•



Publication par le ministère de la Santé d'un plan de prévention et de suivi de l'état de santé des personnels soignants avec un portail dédié.

•

Nouveau plan santé ministériel sur le travail pour la période 2026-2031 centré sur les jeunes arrivants en entreprise, la santé mentale et les violences sexuelles.

•

Nouvelle présentation « plus transparente » à venir pour les comptes du SRE (service de retraite de l'État).

ILS ONT DIT



« Le gouvernement est légitime à vouloir reprendre le contrôle budgétaire des allègements de cotisations sociales, soit 75 Mds € par an. La hausse mécanique liée à celle du SMIC devient un enfermement pour les finances publiques tout autant que des trappes à bas salaires. Cette désindexation pourrait créer un précédent pour responsabiliser tout le monde s'agissant des dépenses sociales ».
Stéphane Carcillo, économiste dans *Les Echos*.



« La question de la démographie médicale date en réalité de 50 ans ! Le problème est que nous manquons d'anticipation lors de chaque grand mouvement. Les décisions tardent. Et le temps qu'elles soient prises, elles ne sont plus à la hauteur des enjeux. 80 ans après le compromis entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, l'équilibre est rompu. Qu'il s'agisse des déserts médicaux, des dépassements tarifaires, la liberté de choix recule sans oublier le simple droit d'accéder aux soins de première intention pour nombre de patients ».
Bertrand Garros, démographe, dans *Le Médecin de France*.



« D'ici 2030, il faut trouver 40 Mds € pour rétablir l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale. Je suis conscient que les mesures à prendre seront impopulaires. (…) Si on connaissait une mesure magique. Il faut donc faire encore des économies sur les lits hospitaliers peu occupés, les transports, la fraude, les actes dentaires inutiles et bien entendu revenir à la réforme des retraites de 2023 ».
Bernard Lejeune, président de la 6ème chambre de la Cour des comptes.

LES CHIFFRES

1,6%
seulement de croissance de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations en rythme annuel fin avril. Pas fameux…

10 ans
pour SPF (Santé Publique France) qui coordonne 70 systèmes de surveillance des populations et 41 dispositifs d'information et de promotion de la santé.

60,3
places d'accueil pour les enfants de 3 ans et moins à fin 2022 pour 100 enfants (58,9 en 2017).

1 à 8
d'écart de coût entre un assuré non en ALD (1230€) et un patient bénéficiaire de l'exonération (9 560 €), données 2023 de la CNAM.

36%
du revenu moyen des ménages provient des prestations sociales !

15 Mds €
par an de « surcoût » du dispositif ALD pour la CNAM soit 1 150 € par patient bénéficiaire.

10,3 Mds €
de coût toujours non-financé du Ségur hospitalier (Cour des comptes).

1,8
enfant, taux de fécondité moyen dans les pays du Maghreb en 2024, un retournement structurel selon l'ONU.

© Cocktail Santé - Wikipédia - Freepik

Marché des Ocam : une trajectoire toujours positive



Comme chaque année, *ESE* présente un bilan annuel du marché des Ocam. Si l'exercice 2024 avait marqué une bascule, avec une croissance de l'assiette de taxe de solidarité additionnelle (TSA) dépassant les 7 % après des années de progression plus modérée, 2025 semblait confirmer qu'une dynamique inflationniste pourrait s'installer avec une croissance atteignant les 6,3 %. Toutefois, ce chiffre doit être mis en perspective de plusieurs événements macro-économiques et sectoriels.

Cette progression de l'assiette TSA, miroir de l'évolution annuelle des Ocam sur leur activité d'assurance santé, détonne alors que le paysage économique dans lequel ce résultat a été obtenu était pour le moins morose avec un PIB en progression de 0,9 %. L'inflation a continué de ralentir assez nettement en s'établissant également à 0,9 % (contre 1,8 % en 2024). De son côté, le taux d'Ondam avait atteint les 3,5 %, soit 0,1 point de plus par rapport à la projection établie lors de la LFSS. Cette trajectoire ayant eu pour conséquence de voir les déficits de l'Assurance Maladie continuer à se détériorer en atteignant les 15,9 Mds € (contre 13,8 Mds € en 2024).

Après avoir totalement intégré la montée en charge de la réforme du 100 % santé, le secteur des Ocam avait les yeux tournés vers le déploiement progressif de la protection sociale complémentaire (PSC) pour la fonction publique d'État. Si l'an dernier, plusieurs résultats d'appel d'offres marquants sont tombés (Éducation nationale, Bercy, Défense), leurs impacts sur les équilibres du marché ne se feront ressentir qu'en 2026. Une fois, leur mise en place effective. Cette année sera d'ailleurs décisive également en ce qui concerne la fonction publique territoriale, tant sur la santé que sur la prévoyance. Pour les risques lourds, les collectivités doivent participer à la couverture de leurs agents depuis le 1er janvier 2025, mais la souscription obligatoire d'un contrat collectif ne s'appliquera qu'à partir de 2029. Quant à la fonction publique hospitalière, les choses semblent enfin se décanter en vue d'une mise en oeuvre de la réforme en septembre 2027 *(cf. p. 11)*.

2025 aura également été marquée par l'annonce d'une contribution exceptionnelle de 2 % qui aurait débouché sur une hausse de la TSA de 13,27 % à 15,27 % pour les contrats responsables. Mais cette contribution n'a finalement pas été mise en place. Pour la justifier, le gouvernement évoquait alors des hausses de cotisations anticipées par ces organismes face au projet de transferts de charges sur les consultations et les médicaments, finalement annulé. Un argument réfuté par les opérateurs. Depuis, la LFSS 2026 a été votée. La nouvelle loi budgétaire a cette fois concrétisé, pour l'année en cours, la hausse de contribution exceptionnelle et, a imposé un gel des cotisations. Bien que contestable sur plusieurs points, cette dernière mesure n'a pas été retoquée par le Conseil constitutionnel. Or, à date, le *modus operandi* de son application n'est toujours pas défini. Le gouvernement a d'ailleurs saisi le Conseil d'Etat, fin avril dernier, face aux « *importantes interrogations quant à sa portée et sa mise en œuvre opérationnelle* ».

En parallèle, à l'initiative des ministres de la Santé et du Travail et des Solidarités, une mission a été diligentée à quatre experts en vue d'améliorer l'articulation AMO/AMC. Les résultats sont attendus (normalement) pour juillet *(cf. p.9)*. Cette démarche en a surpris plus d'un car, dans le même temps, et sous l'impulsion de plusieurs députés, dont le socialiste Jérôme Guedj (également porteur de la mesure visant à geler les cotisations en 2026) et Thibault Bazin (Droite républicaine), la MECSS à l'Assemblée nationale continue d'auditionner les acteurs de l'écosystème « complémentaire santé » en vue de produire un rapport sur une « *évaluation structurante sur la répartition des dépenses entre acteurs publics et privés* ». Et ce sans compter, les travaux présentés par le HCFiPS et le HCAAM ces dernières années, ainsi que ceux menés au Sénat l'an dernier. Bref, l'embouteillage autour du dossier Ocam est total alors que l'échéance électorale de 2027 se profile à grands pas.

Alexandre Beau

Rappel

Il faut distinguer chiffre d'affaires et assiette TSA (taxe de solidarité additionnelle). Cette dernière n'inclut pas certains produits d'assurance proposés par les Ocam ni d'éventuels mécanismes de réassurance. À noter également que ces données évaluent la « valeur » du marché et non pas le « volume ». *ESE* remercie par ailleurs les équipes de l'Urssaf Caisse Nationale pour leur assistance dans la réalisation de ce dossier.

Progression TSA, rapport P/C positif… enfin rentable?

en millions d'euros	Assiette TSA 2025…	… comparé à 2024	Quelle progression ?	Poids des familles en 2025…	… contre 2024
Mutuelles	21 246 853 951 €	*21 231 880 153 €*	0,1%	*43,1%*	*45,7%*
Institutions de Prévoyance	8 299 059 924 €	*7 636 844 006 €*	8,7%	*16,8%*	*16,4%*
Sociétés d'Assurance	19 738 685 590 €	*17 515 709 462 €*	12,7%	*40,0%*	*37,7%*
Libre Prestation Service	51 617 522 €	*48 001 726 €*	7,5%	*0,1%*	*0,1%*
TOTAL	**49 336 216 987 €**	***46 432 435 347 €***	6,3%		

Source : Urssaf Caisse Nationale

Évolution de l'assiette TSA en 2025

Depuis l'épisode de crise sanitaire, le niveau de croissance de l'assiette globale de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) a atteint des niveaux qu'on ne lui avait pas connu depuis la vague ANI intervenue il y a dix ans de cela. Si l'exercice 2024 avait marqué une rupture avec un taux de croissance de 7,1 %, celui de l'an dernier semble confirmer que le soufflet pourrait ne pas retomber en s'affichant à 6,3 %. Une baisse de 0,8 point qui ne masque pas le niveau record atteint par l'assiette TSA avec plus de 49 Mds € relevés en 2025 (contre 36 Mds € en 2016). La barre symbolique des 50 devrait, sauf surprise indue par l'application de la mesure de gel des cotisations, être atteinte dès cette année.

Toutefois, cette forte progression semble être en réalité un trompe-l'œil, car elle masque une différence de dynamique entre acteurs. Indubitablement, avec un peu moins de 13 % de hausse d'assiette, les sociétés d'assurance (SA) tirent leur épingle du jeu. Plus que l'apport d'affaires nouvelles en 2025 (à quelques exceptions près), celles-ci continuent de mener une politique de redressement de leur portefeuille en vue de maintenir le résultat technique à l'équilibre. On n'omettra pas également de mentionner que le risque de revalorisation du ticket modérateur, alors brandit par le gouvernement, avait été anticipée par certains acteurs dans leurs tarifs 2025. Comme souvent, l'effort aura reposé principalement sur une hausse importante des montants des cotisations de leurs assurés individuels. Derrière, avec 8,7 % de progression d'assiette, les institutions de prévoyance (IP) ont également connu un exercice 2025 très favorable. Ce qui n'est assurément pas le cas des mutuelles qui voient leur assiette TSA ne progresser « que » de 0,1 % en 2025. Plusieurs explications derrière cet exercice quasi nul : une modération des politiques tarifaires en 2025 (contrairement aux deux autres familles), un portefeuille davantage tourné vers l'individuel (avant la PSC), mais aussi, et surtout, le transfert du portefeuille de contrats collectifs de La Mutuelle Générale vers CNP Assurances. Un mouvement dépassant les 550 Ms € en valorisation qui, s'il n'était pas intervenu, aurait entraîné une progression d'assiette TSA de 2,8 % pour les mutuelles (et mécaniquement une baisse de celle des sociétés d'assurance à 9,4 %). 2,8 % contre 0,1 %, un monde d'écart à ce niveau, mais une croissance moindre que celle de l'Ondam.

Conséquence, en termes de valeur, la part de marché des SA continue sa progression d'année en année pour désormais atteindre les 40 % (contre 35,8 % en 2022 !). Les principales impactées sont les mutuelles qui, si elles restent leaders, voient leur part baisser pour atteindre les 43,1 % (contre 47,2 % en 2022). Les institutions de prévoyance (IP) se stabilisent *grosso modo* autour des 16,8 %.

© Freepik

▶ Nombre d'acteurs du marché

Comme chaque année, on constate que le mouvement de concentration des acteurs continue. Après avoir perdu 53 organismes sur la période 2021-2024, **on décomptait 8 opérateurs en moins à l'issue de l'exercice 2025**. C'est le secteur mutualiste qui continue d'être le plus impacté par ce mouvement de fond. Cette tendance devrait s'accélérer dans les prochains exercices compte tenu des répercussions induites par la mise en place de la PSC Fonction publique.

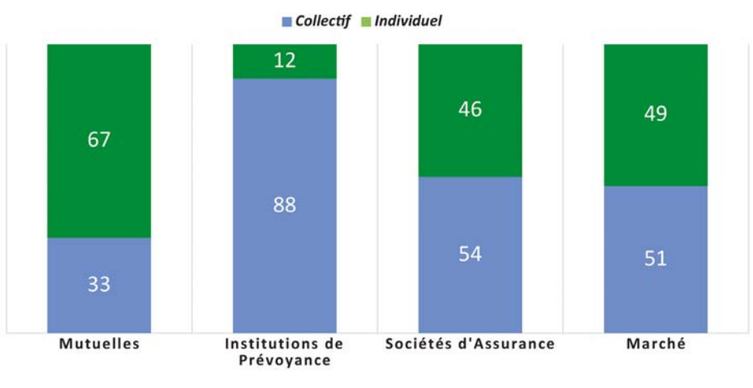
Source : Urssaf Caisse Nationale

	Nbre OCAM en 2025...	*... comparé à 2024*
Mutuelles	244	*252*
Institutions de Prévoyance	23	*25*
Sociétés d'Assurance	105	*104*
Libre Prestation Service	37	*36*
TOTAL	**409**	***417***

▶ Part des contrats santé individuels et collectifs en 2024

Cette fois, bascule est faite ! **Avec 51 % des cotisations collectées, les couvertures collectives ont dépassé les couvertures individuelles au cours de l'exercice 2024**. Et ce n'est qu'un début avec la PSC qui va faire basculer plusieurs millions de contrats individuels vers le collectif à compter de cette année. Concernant la répartition des équilibres de portefeuilles entre les trois familles, à noter la progression de deux points du segment collectif chez les sociétés d'assurance.

(en % des cotisations collectées / source DREES)



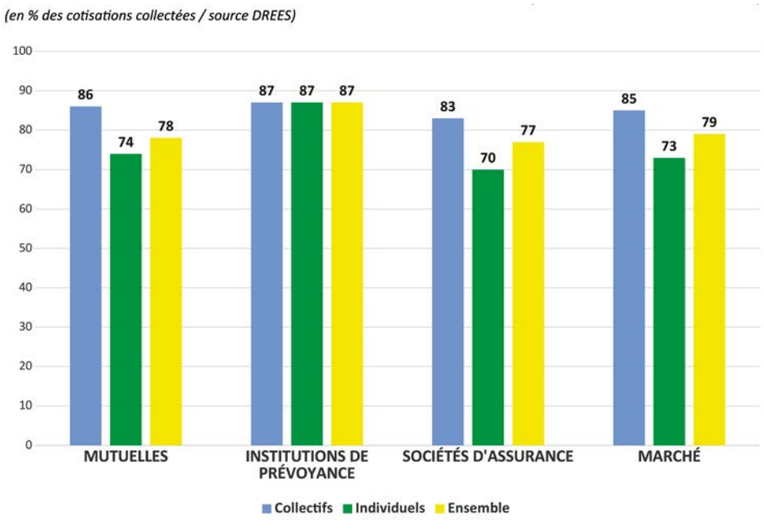
▶ Rapport prestation sur cotisation en santé en 2024 (hors charges de gestion)

Les choses s'améliorent en ce qui concerne le résultat technique brut des opérateurs, soit le rapport entre les prestations versées et les cotisations perçues (P/C). Après s'être maintenu autour des 81 % en 2022 et 2023, celui-ci a baissé à **79 % en 2024.**

Cette inflexion s'explique principalement par une plus forte progression des cotisations (7,1 %) que celle des remboursements des soins. Dans le détail, on constatera que cette amélioration du résultat technique brut est plus marquée chez les mutuelles (78 % contre 81 % en 2023) et chez les IP (87 % contre 90 %).

Prudence toutefois, certes les cotisations ont augmenté significativement l'an dernier, mais certains postes de dépenses de santé ont suivi la même tendance. Soit par le biais de revalorisations conventionnelles ou par un effet inflation.

(en % des cotisations collectées / source DREES)



▶ Rapport prestations sur cotisations en santé pour 2024 incluant les charges de gestion

	TYPE DE CONTRAT	TAUX DE FRAIS DE GESTION (en % cotisations collectées)	RAPPORT P/C INCLUANT LES FRAIS DE GESTION
MUTUELLES	COLLECTIFS	19 %	105 %
	INDIVIDUELS	20 %	94 %
	ENSEMBLE	19 %	97 %
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE	COLLECTIFS	15 %	102 %
	INDIVIDUELS	7 %	94 %
	ENSEMBLE	14 %	101 %
SOCIÉTÉS D'ASSURANCE	COLLECTIFS	17 %	100 %
	INDIVIDUELS	24 %	94 %
	ENSEMBLE	20 %	97 %
MARCHÉ	COLLECTIFS	17 %	102 %
	INDIVIDUELS	21 %	94 %
	ENSEMBLE	19 %	98 %

Sur le volet des charges de gestion des acteurs, à l'instar de ces dernières années, l'heure est au statu quo avec une **moyenne globale avoisinant les 19 %**. De ce fait, **les IP continuent d'afficher le taux de charge le plus faible (14 %), devant les mutuelles (19 %) et les sociétés d'assurance (20 %)**. Ces disparités entre les trois familles s'expliquent principalement par la répartition entre contrats individuels et collectifs, les frais de gestion étant moins importants pour ces derniers.

Par contre, sous l'effet de l'amélioration du résultat technique brut, **le rapport P/C incluant les frais de gestion a basculé dans le vert en se limitant à 98 %.** Une première depuis la fin de la période ANI, soit près de huit ans ! Ce résultat est impulsé par l'amélioration du ratio dans toutes les familles. À commencer par les mutuelles (97 % contre 101 % en 2023) et les sociétés d'assurance (97 % contre 99 %). Seules les IP restent dans le rouge (101 % contre 104 %).

Encore une fois, prudence ! cette tendance à l'équilibre de l'activité santé est en réalité assez trompeuse, étant donné qu'à terme, le marché est appelé à accorder une place prépondérante aux contrats collectifs sous l'impulsion de la PSC Fonction publique. Ces derniers, déjà déficitaires, devraient être impactés par des cahiers des charges ayant aussi bien tiré vers le bas les paniers de soins que les tarifs qui y sont associés. Pour contrebalancer ces déséquilibres, les opérateurs se sont engagés dans de conséquents travaux d'optimisation de leurs coûts de gestion. Suffisant ? À suivre.

Alexandre Beau

Quelles hypothèses pour la mission AMO-AMC?

Lancée en début d'année, la mission ministérielle sur l'articulation entre les régimes obligatoire et complémentaire doit rendre son rapport cet été. État des lieux des travaux et des pistes de réflexion.

Cinq mois après son coup d'envoi, la mission AMO-AMC a du retard à l'allumage. Selon le calendrier initial, un point d'étape devait être réalisé avec le gouvernement fin avril avant une remise du rapport final le 21 juillet prochain. Or, cette échéance semble désormais difficilement tenable, surtout face au travail colossal attendu. La lettre de mission évoque une réflexion sur *« les voies et moyens d'une réforme structurelle »* de l'articulation entre les assurances obligatoire et complémentaire. Ce, tout en renforçant la protection des assurés, en contribuant *« à la soutenabilité du système »*, dans un contexte de fortes tensions sur les comptes sociaux, et en garantissant sa lisibilité par les assurés. Ce travail de titan a été confié à **Élisabeth Hubert**, ancienne ministre de la Santé et présidente de la Fehap, **Franck von Lennep**, conseiller maître à la Cour des comptes et ancien directeur de la Sécurité sociale, **Stéphane Junique**, président du Groupe VYV, et **Nicolas Bouzou**, fondateur du cabinet de conseil économique Asterès. •••



© Cocktail Santé



... Missions concurrentes?

Ces experts ont prévu une soixantaine d'auditions pour balayer les multiples thématiques prévues. Au programme : syndicats, fédérations de complémentaires, représentants des usagers et des professionnels de santé, partenaires sociaux. Alors que la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale, conduit elle-même des travaux sur la répartition des dépenses entre AMO et AMC, son co-président, le député socialiste Jérôme Guedj, a également été entendu. Certains représentants d'organisations syndicales ont d'ailleurs souligné la multiplicité des sollicitations autour des Ocam. Une concurrence entre les différents travaux, ou une complémentarité ?
Auditionnée par la mission ministérielle, l'Unsa a rappelé ses priorités : « *garantir l'accès aux soins, réduire les inégalités, renforcer la prévention et améliorer la gouvernance de la protection sociale* ». Le syndicat a écarté un dispositif de type « 100 % Sécu », pointant le risque de fragilisation des ressources de la Sécurité sociale. De son côté, la Mutualité Française a fait valoir ses positions dès le début des travaux. La fédération, a notamment rappelé son opposition au bouclier sanitaire jugé contre-productif. Elle a de nouveau plaidé pour la refonte du contrat responsable et rappelé la plus-value des mutuelles en matière de gestion du risque.

Un travail sur des scénarios

Compte tenu des postures différentes des membres de la mission, un consensus sur des propositions communes semble loin d'être gagné. Ils rendront par ailleurs leurs travaux à l'approche d'échéances électorales majeures. Dès lors, des scénarios ou hypothèses de travail devraient être privilégiés, et non des propositions concrètes.
Comme prévu par la lettre de mission, les experts vont se pencher sur certains sujets techniques. Ils pourraient en particulier préconiser un renforcement de l'articulation en matière de lutte contre la fraude. Un premier pas a déjà été franchi avec le projet de loi adopté le 11 mai dernier par le Parlement, qui permet de faciliter les échanges de données entre RO et RC. Faut-il aller plus loin ?
La révision des contrats solidaires et responsables s'impose parmi les dossiers prioritaires. Dans leur contribution au rapport des trois Hauts conseils (HCAAM, HCFEA et HCFiPS), rendu en juillet 2025, la Mutualité Française et France Assureurs ont détaillé leur proposition de « contrat socle », comprenant des obligations minimales revues à la baisse. Ces acteurs plaident également pour un allongement du délai de renouvellement des équipements optiques (de 2 à 3 ans), ou encore l'introduction de délais de carence. Des propositions susceptibles d' inspirer les membres de la mission ?
Plus globalement, le ticket modérateur pourrait être repensé, avec une meilleure prise en charge par le RO des actes intellectuels, et inversement une plus grande participation des assurés (et de leur complémentaire) pour les actes techniques. Autre piste, une révision du panier de soins de l'AMO et de nouveaux transferts de charges vers les OCAM, par exemple les médicaments à service médical faible (aujourd'hui pris en charge à 15 % par le RO) ou les cures thermales.

Bouclier sanitaire et C2S

Invités à plancher sur le bouclier sanitaire, les membres de la mission pourraient privilégier les scénarios « de repli » du rapport Fragonard-Biret de 2008. Ces derniers prévoient une différenciation des taux de ticket modérateur entre les dépenses des assurés en ALD en lien avec la maladie exonérante et les autres dépenses.
Avec l'Ani de 2013 puis la réforme de la PSC, la complémentaire des salariés et des fonctionnaires est généralisée, ou le sera prochainement pour l'ensemble des agents publics. Certaines populations sont toutefois restées sur le carreau, en particulier les plus fragiles (jeunes, retraités, chômeurs) qui doivent recourir à des offres individuelles, généralement plus coûteuses. Une solution pourrait passer par l'élargissement du périmètre de la C2S (notamment pour les retraités et en relevant les plafonds d'éligibilité, actuellement sous le seuil de pauvreté). Une révision de la fiscalité permettrait par ailleurs de maîtriser les coûts pour les inactifs.
Concernant la prévention, la mission pourrait notamment préconiser d'inclure les Ocam dans les politiques conduites par l'État et l'Assurance Maladie, en particulier en direction des populations à risque.
Une voie plus audacieuse conduirait à envisager un régime supplémentaire en complémentaire de type Alsace-Moselle, dont la gestion serait assumée par les réseaux CNAM et MSA. En s'inspirant de la piste de la grande Sécu (scénario phare du rapport du HCAAM de 2022), une variante consisterait à ouvrir un droit individuel à une couverture générale basée sur une adhésion à un contrat d'Assurance Maladie à 90 % (reposant sur le choix de chacun). Interrogés par la Mecss de l'Assemblée, sur une extension du régime d'Alsace-Moselle, les syndicats se sont toutefois montrés frileux, pointant l'absence de participation des employeurs.

Émilie Guédé

© Cocktail Santé

PSC des hospitaliers : les discussions sont bouclées

La négociation sur la mise en place de la réforme pour les agents de la fonction publique hospitalière (après ceux de l'État et les territoriaux) s'est achevée fin mai dernier, laissant les syndicats sur leur faim.



« *Je ne veux pas oublier l'enjeu de la protection sociale complémentaire (PSC) de la Fonction Publique Hospitalière, en jachère depuis de trop nombreuses années* », lançait Stéphanie Rist, le 19 mai dernier à Santexpo. Dix jours plus tard, et après une pause d'un mois et demi, les syndicats représentatifs rencontraient les directeurs de cabinets adjoints de la ministre de la Santé et du ministre de l'Action et des Comptes publics, pour une réunion conclusive, ainsi que des représentants de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).
« *Nous attendions une complémentaire santé de très haut niveau avec l'extension des soins gratuits aux contractuels. Nous défendons un élargissement du périmètre et la possibilité d'aller dans d'autres établissements* », souligne Emmanuel Tinnes, secrétaire fédéral FO Services publics et Services de Santé (FO-SPSS). Souvent méconnu des agents, ce système est aussi source d'inégalités, car il concerne la structure dans laquelle le fonctionnaire hospitalier travaille et n'intègre pas tous les soins (l'optique, par exemple). FO porte également « *une extension des droits telle que l'État a pu l'obtenir* » sur la prévoyance.

Des besoins estimés à 576 Ms €

« *Nous voulons un panier de soins minimum basé sur l'Ani aux alentours de 40 € pris en charge à 100 % par l'employeur. De fait, cela permettait une réelle extension de la gratuité des soins* », expliquait, quant à lui, Loïc Le Noc, secrétaire national CFDT santé-sociaux, avant la dernière réunion. Concernant les risques lourds, « *il faut arrêter de faire la distinction entre maladie ordinaire et maladie longue durée, ce système entraîne des disparités énormes. Un dispositif d'indemnisation de l'invalidité doit aussi être prévu, à l'heure actuelle, les invalides de la fonction publique hospitalière sont basculés dans la CNRACL* », ajoutait-il. En se basant sur les montants accordés dans les ministères (soit environ 40 € par mois et par agent), la CFDT a chiffré le besoin de financement à 576 Ms € en année pleine.

... Mais une enveloppe en deçà

Les espoirs des syndicats ont été douchés par la proposition soumise par les pouvoirs publics. L'enveloppe mise sur la table s'élève à 400 Ms €. « *C'est un copié-collé de celle proposée à l'État il y a quatre ans pour des agents non médicaux. Cela représente entre 28 et 30 € par agent, soit très en deçà de la fourchette basse* », proteste Emmanuel Tinnes. Les demandes sur l'extension des soins gratuits et la prévoyance, y compris sur le plan statutaire, ont été écartées malgré une très forte sinistralité. « *Pour FO, il n'y a pas eu de négociation, ni même de concertation. Nous n'avons pas eu de réponses et nous n'avons même pas la perspective de renégociations en cas de jours meilleurs* », poursuit son représentant.
Une période transitoire est prévue jusqu'en septembre 2027, le temps de passer les appels d'offres en vue de la mise en place de contrats collectifs. À partir du 1er janvier prochain (entrée en vigueur prévue de la réforme, après un report d'un an) et jusqu'à cette date, un participation de 15 € par agent est prévue.

Alliance des opérateurs

Côté acteurs, « *nous sommes prêts* », assuraient à l'unisson Benoît Fraslin, président de la MNH, Olivier Bossard, président de Relyens, et Eric Jeanneau, vice-président MGEN, lors du salon Santexpo. Dès juin 2024, les trois acteurs avaient annoncé leur alliance dans le cadre de la réforme de la PSC sur le versant hospitalier.
Benoît Fraslin a insisté sur « *l'essence mutualiste* » des trois partenaires. « *Nous connaissons la population visée, que ce soit la Fonction publique en général, pour la MGEN, et pour nous, la MNH, les hospitaliers avec lesquels nous sommes en contact au quotidien. Nous connaissons les attentes, et nous avons le recul historique de cette couverture que nous assurons auprès de ces professionnels* », a-t-il rappelé. Les débats ont aussi porté sur l'importance de la prévention et sur les difficultés spécifiques pour l'Hôpital (notamment les arrêts longs liés aux TMS). Pour Eric Jeanneau, un des enjeux de cette réforme est ainsi « *de trouver comment ensemble on gère le risque pour que les agents soient en bonne santé et que l'hôpital soit en bonne santé* ».

Émilie Guédé

© Cocktail Santé

HAS

Le robot social, un incontournable de demain?

Les robots ont-ils vocation à accompagner les hommes demain ? Les travaux de projections sur des scénarios de généralisation de la robotisation, publiés récemment par la Haute Autorité de Santé, tracent un certain nombre de perspectives sur ce sujet en matière d'accompagnement social. De quoi donner à réfléchir.



© Stock Asso / Shutterstock

À l'ère du virage numérique, outre la montée en charge de l'IA, une autre révolution se profile discrètement : celle de la robotisation. Si, de premier abord, on associe davantage cette technologie au secteur industriel, les évolutions et orientations prises par certains géants de la tech (principalement en Asie) laissent entrevoir un usage plus large et diversifié. Notamment, en matière d'accompagnement des personnes avec l'émergence d'une robotique sociale dont les potentialités vont bien au-delà des dispositifs dédiés aux traitements thérapeutiques (Paro et Nao), à la gériatrie (robots compagnons) et au soutien au handicap (bras motorisés) actuellement disponibles en France.

C'est en vue d'anticiper cette nouvelle donne technologique que la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en mai dernier un rapport intitulé « *Robots sociaux : quels enjeux pour demain ?* ». Un travail de perspective projetant la place que pourraient occuper les robots dans la sphère sociale en 2050. D'ici là, près d'un Français sur trois aura plus de 60 ans et le nombre de personnes atteintes de pathologies neurodégénératives aura progressé de 40 %. Et ce, sans omettre, les pénuries de professionnels, avec 250 000 emplois à pourvoir ne serait-ce qu'à court terme. C'est partant de cette nouvelle donne démographique et sanitaire que trois scénarios ont été établis.

Scénario 1 : «une vieillesse technogérée»

Dans ce premier scénario, volontairement extrémiste, le manque de professionnels qualifiés est compensé par une adoption massive et normalisée de robots sociaux à domicile, mais également à l'hôpital et dans les EHPAD. Le plus souvent fournis par des assurances privées, qui, en parallèle, récupèrent et monétisent les données de l'usager notamment en vue d'adapter en temps réel le coût de sa cotisation, les robots deviennent indispensables aux personnes âgées. Installant ainsi à la fois une dépendance technologique et une logique de marchandisation du soin. Outre les problématiques d'éthique, cette généralisation créerait une nouvelle forme de fracture numérique entre une offre robotique privée, dernier cri, et une publique, fournissant des services de base. Malgré tout, des partenariats public/privé et une offre robotique *made in Europe*, en phase avec la réglementation communautaire (RGPD), pourraient émerger.

Scénario 2 : «du luxe au bas de gamme»

Autre piste envisagée, celle d'une absence totale de régulation débouchant sur la mise en place d'un marché dual et fragmenté opposant l'accès à des robots haut de gamme, sophistiqués et à haut potentiel d'autonomie, et bas de gamme. Ces derniers sont donc peu accessibles et mal intégrés, avec une fracture sociale plus marquée que jamais entre les personnes ou les territoires pilotes pouvant y accéder. Par conséquent, la logique de substitution de l'accompagnement humain par le robot se fait par défaut.

Scénario 3 : «une introduction progressive et responsable»

La situation se veut ici plus mesurée avec un paysage de la robotique sociale encadré par une gouvernance forte, un accès équitable (y compris sur le plan financier) et une généralisation des dispositifs s'appuyant sur des expérimentations réussies. Les robots s'inscrivent en complémentarité de l'action d'un professionnel en restant centrés sur l'humain *via* l'installation d'un système de contrôle par consentement. L'exemple donné est celui d'un homme de 82 ans accompagné par deux robots. L'un programmé pour l'assister à son lever et à son coucher, tandis que l'autre veille à sa stimulation cognitive quotidienne. Ces derniers pouvant, dans un cadre préventif, alerter du personnel soignant (ou l'hôpital) au cas où la situation médicale le nécessite.

Au travers de ces trois scénarios, la HAS entend souligner l'importance de préparer le terrain alors que le phénomène de robotisation est amené à s'amplifier. Bien qu'elle considère que le robot doit avant tout être considéré comme un objet technique, l'instance insiste sur le besoin d'anticiper ce changement : réglementation, formation et acculturation des professionnels et des usagers, adaptation des métiers et des méthodes d'évaluation…. Le tout, en se posant la question du modèle de financement de ces robots sociaux. Bref, un chantier colossal en perspective.

Alexandre Beau

En partenariat avec institut 4.10

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

QVCT : un périmètre en mutation

Alors que la semaine du 15 au 19 juin prochain leur sera dédiée, les enjeux autour de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) au sein des entreprises et administrations semblent prendre une autre dimension dans un environnement professionnel en constante évolution.



© Freepik

À vos agendas ! Du 15 au 19 juin prochain se tiendra la Semaine de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT), un événement annuel organisé en vue de sensibiliser les collaborateurs aux enjeux de santé au travail, de performance et d'évolution des organisations. Au fil des ans, les démarches de QVCT ont continué de se structurer. Le temps où le concept était de façon caricaturale rattaché à l'idée d'un projet RH de plus ou, à donner accès à des salles de sport tout en mettant à disposition des applications de bien-être aux collaborateurs, est globalement révolu.

Une autre perception

Désormais, place à une logique de plans d'actions structurés autour d'une feuille de route recouvrant des ambitions objectivées, une approche méthodologique adaptée et l'établissement de liens entre les sujets QVCT (santé, prévention, égalité entre salariés, dialogue professionnel et social…) et l'activité de l'organisme les portant. Et ce, quelle que soit la taille de l'entreprise concernée, même si les grandes entreprises et administrations, ainsi que les PME, ont l'apanage des démarches les plus ambitieuses et transverses. Au sein du collectif de travail, le cadre et les conditions d'exercice du salarié sont devenus des sujets de préoccupation majeure.

Malgré ces progrès, boostés principalement dans un environnement de travail post-crise sanitaire, des zones grises demeurent. Une étude Odoxa de décembre 2025, réalisée pour l'Observatoire à la qualité de vie au travail, fait remonter que si 91 % des salariés estiment que la QVCT est importante, ils sont 32 % à se déclarer pas satisfaits par ce qui est mis en place au sein de leur organisation (38 % pour les femmes contre 28 % pour les hommes). Les motifs d'insatisfaction se focalisent sur la reconnaissance du travail (50 %), la charge relative à celui-ci (36 %) et la prévention du stress et de l'épuisement professionnel (48 %). C'est là que se joue une partie essentielle de la QVCT. D'ailleurs, sur cette dernière problématique, une mission d'information dédiée à « *la souffrance psychique au travail : un défi sociétal et collectif à relever* » est en cours au Sénat. Les parlementaires entendent se pencher sur un phénomène qui explique en partie la forte hausse des arrêts de travail (+10 % entre 2019 et 2024) et le niveau record des indemnités journalières versées en 2025 (17,9 Mds €, en hausse de 7 Mds depuis 2016). Leurs travaux porteront notamment sur l'évaluation des politiques de prévention et des modalités d'accompagnement des victimes.

Anticiper demain

Au-delà, d'autres éléments viennent perturber l'écosystème des entreprises et administrations : contexte économique incertain, mise en place de stratégies d'optimisation des organisations internes, changement générationnel dans les équipes, émergence accélérée de l'IA… les facteurs exogènes, et endogènes, venant impacter l'environnement et les conditions de travail au sein des organismes se démultiplient. De nos jours, ce phénomène de mutation accélérée impose aux directions de mettre en place à la fois une démarche de QVCT se concentrant sur l'accompagnement continu des managers et des équipes, mais aussi, que celle-ci revête une dimension d'anticipation. En cela, de nombreux organismes tendent à promouvoir et développer des modes d'organisation plus souples et davantage horizontalisés.

Preuve de la pertinence de s'inscrire dans cette dynamique, 89 % des salariés déclarant que leur entreprise se préoccupe de la QVCT se disent satisfaits de leur qualité de vie et de leurs conditions de travail. Utile donc, mais surtout nécessaire.

Alexandre Beau

APPRÉHENDER, ACCOMPAGNER

Pour répondre aux nouveaux enjeux, l'Institut 4.10 déploie plusieurs offres opérationnelles permettant d'appréhender et d'accompagner le déploiement d'une démarche QVCT au sein des organismes.

Pour plus d'informations sur ces offres :

(DES)ÉQUILIBRES

PLFSS 2027, la bombe financière !



Tout indique que l'année 2027, et peut-être bien au-delà de ce seul exercice budgétaire, sera celle d'une crise financière sans précédent pour la Sécurité sociale. Explications d'un tsunami annoncé et confirmé récemment par la Cour des comptes.

© Freepik

C'est clair : la France perd le contrôle de sa situation financière. Pas esseulée, certes en UE, mais les affres de nos partenaires ne résolvent pas nos problèmes. 80 % des Français se déclarent inquiets. On peut les comprendre…

2027, année neutralisée pour l'action?

Les données sont indiscutables ! Fin 2026, le déficit total projeté, après crise du Moyen-Orient, serait de -5,2 % (- 5,1 % fin 2025). En tendanciel, 2027 verrait le taux monter à 5,7 % en dépit d'un engagement européen de revenir vers 4,7 %. Soit l'équivalent de 40 Mds € à trouver tant en moindres dépenses qu'en recettes supplémentaires. Le défi paraît insurmontable. D'autant que l'engouement à venir pour les grands rendez-vous électoraux de 2027, comme à chaque fois pourrait-on dire, risque d'être un anesthésiant sur ces réalités…
Quel candidat ou quelle candidate à la fonction suprême, compte emporter le scrutin en annonçant « *du sang et des larmes* » ? Pour peu qu'il (ou elle) maîtrise ces questions…
Toute politique de sérieux budgétaire, de rigueur, a fortiori d'austérité, se heurte donc à bien des limites. À commencer par le risque de chute de la consommation. C'est là que le bât blesse. Avec une sorte d'oxymore économique, puisque le pays vit de plus en plus des importations, lesquelles, creusent les déficits… une spirale mortifère. La France ne produit plus que 36 % de ce qu'elle consomme chaque année. Une donnée à méditer.
Tout cela concourt à un effet « neutralisation » au premier semestre 2027. Dans l'attente d'un nouveau gouvernement, issu des urnes législatives prévisibles en juin-juillet 2027. Et dans la foulée, l'élaboration des PLF et PLFSS 2028.
Pour la Sécurité sociale, l'affaire n'est guère aisée. Notamment, en raison de

Incertitude et inquiétude sont des qualificatifs logiques pour l'état à venir des finances publiques et sociales du pays. Déjà celles de la Sécurité sociale en 2026, ont prolongé une situation hors de toute raison depuis 40 ans. Le titre de « bombe financière en vue » peut sembler alarmiste, mais il semble loin d'être usurpé au vu des données connues et d'autres à projeter.

2026, vers la stagflation

Quel taux de croissance pour cette année ? L'hypothèse du 0,9 % (Loi de finances 2026) est d'ores et déjà désuète. Au mieux, 0,5 % à 0,7 %. Le risque de récession pointe son nez. À force de perdurer, le blocage du détroit d'Ormuz déconstruit en profondeur les fondamentaux de la croissance un peu partout. L'inflation « importée » avec la hausse du coût de l'énergie emporte tout sur son chemin : croissance, créations d'emplois, consommation solide, chômage « maîtrisé », redressement (très limité certes) des comptes publics et sociaux, marges de manœuvre budgétaires et hausse incompressible des dépenses sociales…
Et ce, sans parler de la crise de la dette générale et celle, consubstantielle, de la Sécurité sociale. La hausse du coût de la dette (charges des intérêts pris sur le budget de l'État) est là. Déjà redoutable en 2025 avec 62 Mds €, fin avril dernier son rythme annuel (6 Mds € en sus sur le premier trimestre), cette charge frôlera fin décembre la barre des 75 Mds €. Puis croître encore inexorablement toujours, pour atteindre plus de 120 Mds € en 2029 ! De loin le premier poste budgétaire. Fin 2026, le stock de la dette générale du pays dépassera les 3 650 mds €, soit 118,5 % du PIB.

LE MUR DES DÉPENSES INCOMPRESSIBLES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (EN MDS €) POUR LES RÉGIMES DE BASE

	COÛTS STRUCTURELS	COMMENTAIRES
Montée des ALD	de 0,5 à 0,7 Md €	400 000 nouveaux bénéficiaires par an
Effet glissement vieillesse technicité (GVT) sur les hôpitaux	1 Md € / an	GVT « solde »
Rattrapage des tarifs* des établissements de santé et médico-sociaux	de 2 à 3 Mds €	Réduire les déficits d'exploitation
Innovations médicaments	1 à 1,5 Md €	Données CNAM
Coûts allègements charges sociales **	2 Mds € en moyenne	Hausse mécanique liée au Smic
Revalorisation prestations en espèces (retraite, famille, maladie, minima sociaux)	8 à 10 Mds €	Selon taux d'inflation, 2 % *a minima* en 2026
TOTAL GÉNÉRAL INCOMPRESSIBLE : DE 13 À 15 MDS € !		

** Important de noter que les déficits d'exploitation (cas des hôpitaux) seront forcément inclus dans les bilans et repris par la dette sociale in fine.*
*** Les allègements sont mécaniquement indexés sur l'évolution du Smic (échelle de « perroquet) et des barèmes d'indexation. Dernièrement, le gouvernement, par décret, a gelé l'impact de la hausse du SMIC horaire. Ce qui mécaniquement, stabilise le coût des allègements pour la S.S.*

dépenses techniquement et juridiquement « incompressibles ».

Hausses incompressibles des dépenses!

Il s'agit des coûts directement liés à des règles législatives dont la variation est mécanique chaque année, sauf si le législateur remet en question le droit.
C'est le cas pour les revalorisations des prestations en espèces, comme les pensions des régimes vieillesse de base (315 Mds € au total). Une hausse de 2 % d'inflation induit donc un surcoût de plus de 6 Mds €. Le total des prestations en espèces des régimes de base dépasse le seuil des 400 Mds €. *(cf. tableau ci-dessus)*

Sécu : courage, fuyons !

Au minimum, le déficit de la CNAM s'élève, à règles de financement constant, à 15-17 Mds € par an. Et ce, sans tenir compte des remises à niveau budgétaire, comme la situation hospitalière. Pour les régimes de base d'assurance vieillesse, le besoin récurrent de financement avoisine 10 Mds € par an. Sauf à remettre sur les rails la réforme Borne d'avril 2023, le gouffre ira crescendo. La publication le 11 juin prochain du rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites(COR) s'annonce « atomique »…. Côté CNAF, le maigre excédent pourrait, pour une fois, ne pas être dérobé pour les besoins de trésorerie et être orienté sur les priorités de la politique familiale. Reste la CNSA. Laquelle, en dépit de la réfaction d'une part de CSG, vogue vers un déficit structurel. Comme ses branches consœurs…Décidemment !
Au total, il faut trouver au moins 20 à 25 Mds €/an pour retrouver un équilibre pérenne des régimes de base. L'équivalent de 1,7 % de CSG.
Les solutions ? Outre l'inévitable hausse des recettes, laquelle risque de « plomber » singulièrement les premiers pas du nouvel exécutif, existe-t-il d'autres voies d'action ? D'autant qu'il demeure quelque 130 Mds € de déficit courant des régimes d'ici 2033, non repris par la Cades, et géré au fil de l'eau par L'Urssaf caisse nationale (ex-Acoss) chaque année avec un droit à découvert de 100 Mds € et davantage bientôt. Au risque de recréer une Cades bis *de facto*.
Les autres voies d'action sont utiles en soi, mais insuffisamment à la hauteur du défi général. La lutte contre les fraudes ? Les économies de prescriptions ? Quelques taxations ici et là ou encore des recettes de « poches », tout cela ne comble pas l'exigence financière. Le plan décrit par la Cour des comptes est très optimiste.

On a beau tourner, retourner la question dans tous les sens, hormis des mesures fortes sur les dépenses, donc les prestations, la Sécu requiert un besoin de financement structurel et supplémentaire nouveau, et ainsi une mise à plat des situations d'aubaine pointées ici et là dans nombre de rapports. Sauf à réitérer une fuite en avant dangereuse pour le devenir de l'institution. Sur le fond des choses, peu d'experts et d'élus sérieux évacuent dans leur vision une exigence d'une profonde réforme des paramètres des droits et de la fiscalité sociale, comme voie sérieuse d'action. Toutefois, au risque d'une certaine impopularité compte tenu des efforts attendus. Mais comment « vendre » à l'opinion un tel chantier ?

Pascal Beau

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. Juin 2026 - Crédits photos : Livia Saavedra, Alexis Pazoumian - Photographies retouchées - Document à caractère publicitaire et non contractuel.