ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

FAMILLE

Lancement du congé supplémentaire de naissance

PSC

L'Igas appelle à réformer le système

CNAM

CHARGES ET PRODUITS 2027

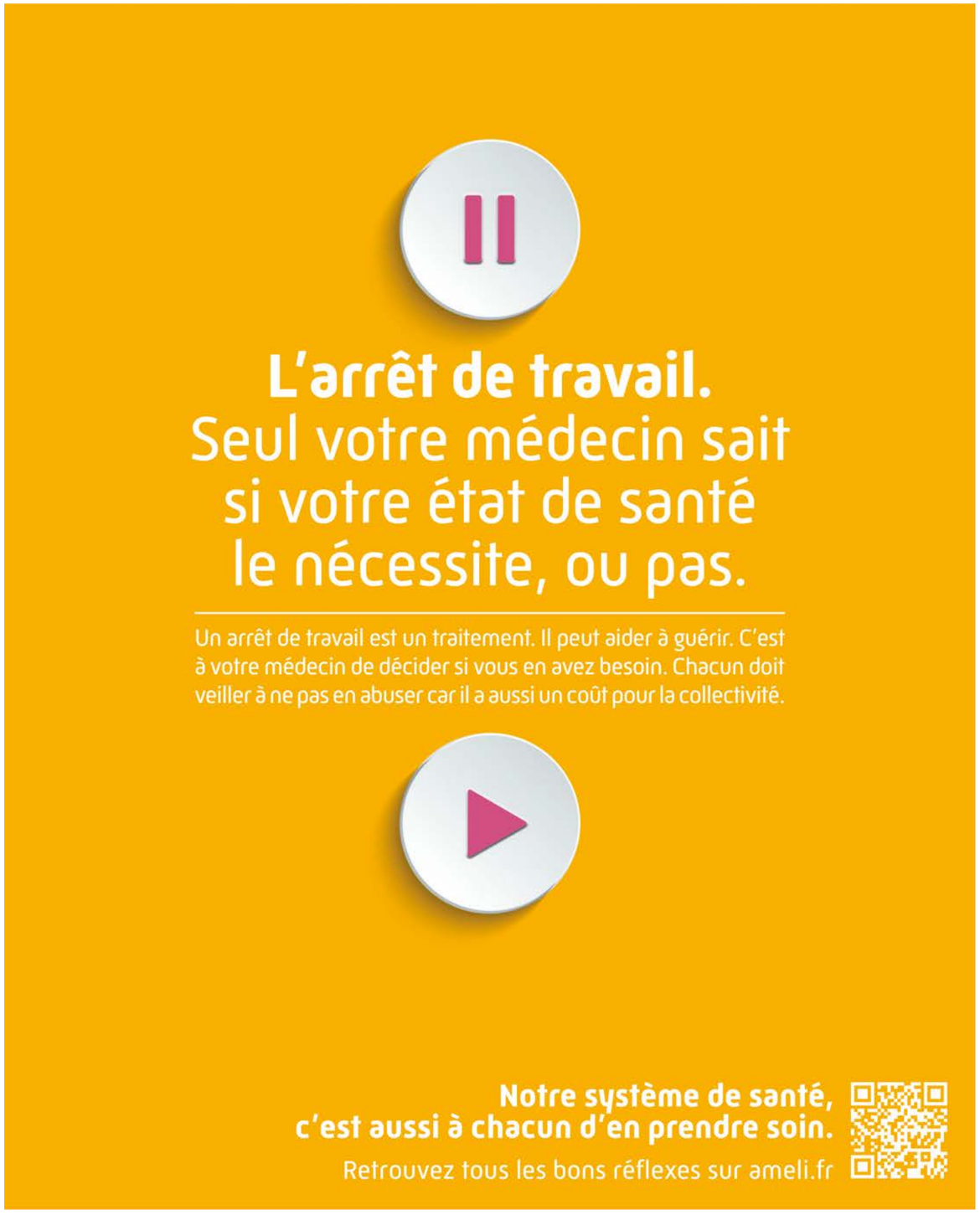


CONTINUITÉ OU IMMOBILISME ?

N° 1303 - BIMENSUEL DU 10 JUILLET AU 10 SEPTEMBRE 2026 15 €



CONSEIL CONSTITUTIONNEL / SÉCU 15 ANS D'IMBROGLIOS



ÉDITO

Alexandre Beau



Promesses estivales

La trêve estivale est désormais devant nous. Avec elle, et malgré l'insoutenable épisode de chaleur paralysant le pays, on se met à voir un certain nombre de choses sous un autre angle. Car bien loin de l'*annus horribilis* que l'on nous vend à longueur de temps, plusieurs bonnes nouvelles et promesses sont à signaler dans le champ sanitaire. Certes, nous ne parlons pour le moment que de signaux faibles, mais à quelques encablures des prochains débats automnaux sur les comptes budgétaires de l'État et de la Sécurité sociale, et des débats présidentiels, on prend !

En termes d'accès aux soins, en l'espace de quelques jours, nous apprenons que la démographie médicale semble enfin repartir à la hausse et que les textes d'application de la loi Infirmier sont désormais parus. La délégation de tâches va enfin pouvoir commencer ! Sur le numérique, l'accélération du virage de l'intelligence artificielle ces derniers mois laisse présager à terme des marges de progrès considérables en matière de qualité de suivi de traitement médical, de prise en charge des patients et plus largement, dans la sempiternelle quête d'efficience. Mieux, à l'image des données de santé, les pouvoirs publics semblent désormais avoir intégré l'importance stratégique que revêtent les enjeux de souveraineté. Enfin, serait-on tenté de dire à l'heure où l'administration américaine essaie de faire mains basses sur ses champions. Mais, comme le dit si bien l'illustre Voltaire : « *les Français viennent tard à tout, mais ils y viennent* ».

Plus largement, l'heure est à l'impulsion générale d'une nouvelle dynamique. Finies les lamentations perpétuelles car, malgré nos nombreuses tares, notre pays regorge de talents ne demandant qu'à être exploités, de personnels soignants bien formés, d'infrastructures de bonne qualité, d'acteurs privés de la santé économiquement solides et d'élus locaux prêts à se retrousser les manches pour répondre aux besoins de leurs populations. Sans tomber dans l'euphorie candide, le fait est qu'il existe un socle sur lequel pourrait être bâti le paysage sanitaire de demain.

Quoi qu'il en soit, *Espace Social Européen* suivra ces avancées avec autant de curiosité que d'enthousiasme car la pérennité de notre système de santé en dépendra grandement. ■



© Freepik / Montage

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
Charges et produits 2027 : ou comment suivre une route déjà tracée ?

10 - SÉQUENCES
10 • Sécu
« Rendre nos services plus simples et plus accessibles », entretien avec **Sophie Patout, directrice déléguée de l'Urssaf caisse nationale**.
11 • Prévoyance
Avantages socio-fiscaux : les pistes de l'Igas pour tout bousculer.
12 • Famille
Top départ pour le congé supplémentaire de naissance !
13 • Formation
Santé au travail : des managers à davantage outiller.
14 • Analyse
Conseil constitutionnel et droit de la Sécu, une alliance incertaine.

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 : P. Chagnon /Cocktail Santé
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

Premières esquisses santé-protection sociale





Premières esquisses des programmes santé-protection sociale pour **Édouard Philippe** et **Gabriel Attal**. Les deux candidats se différencient peu sur le fond des choix. À commencer par l'impératif d'éviter toute hausse d'impôts et de cotisations sociales pour rétablir les comptes publics. L'essentiel des intentions repose donc sur des économies. Lesquelles sont cependant fort peu renseignées… Retraite, Assurance Maladie (un peu) certes. Mais le flou est général. Au passage, sur la politique familiale, les défis de la perte d'autonomie, c'est le silence. Dans son discours du 5 juillet dernier, Edouard Philippe évoque un effort considérable de réduction des dépenses publiques (100 Mds € graduellement). Sur la retraite, « *la mère de toutes les batailles* », il confirme sa démarche de reporter l'âge d'ouverture des droits (au moins, revenir à la réforme d'avril 2023) et de favoriser 10 à 15 % de part de capitalisation. « *Une fois l'équilibre garanti dans la durée, je suis prêt à passer les clés du système aux partenaires sociaux* », précise-t-il. Pas sûr que ces derniers soient preneurs… sur la santé, « *on ne pourra pas dépenser moins… je veux dépenser mieux et stabiliser les dépenses par rapport au PIB. En mettant beaucoup l'accent sur la prévention* ». Quant au financement, « *il faut d'abord baisser nos dépenses pour diminuer l'écart entre le brut et le net dans les salaires* ». Gabriel Attal, de son côté, évoque la piste de la suppression de l'âge légal d'ouverture des droits en matière de retraite. Par ailleurs, le jeune ancien Premier ministre compte obtenir 120 à 150 Mds € d'économies de dépenses, les deux tiers étant à réaliser sur le champ social en 5 ans. Toujours sans précisions. ■

Flou français, Allemagne offensive!



Le flou des leaders français contraste singulièrement avec les 30 annonces du chancelier allemand, **Friedrich Merz,** en accord avec le SPD. Retraite : l'âge d'ouverture des droits à 67,5 ans d'ici 2041 et suppression de la règle des 63 ans sans décote même avec carrière complète ; baisse des impôts des bas revenus ; hausse sur les revenus supérieurs ; poursuite des allègements de cotisations sociales des entreprises ; durcissement des règles sur les arrêts maladie, dimminution des revenus des médecins d'environ 5 % *via* une réduction de cotations d'actes ; diminution de 8 % du nombre de fonctionnaires fédéraux. « *Nous voulons remettre l'Allemagne sur les rails* ». ■

Surcoûts pour le NHS!

Selon le *British Medical Journal*, cité par notre confrère *Pharmaceutiques*, l'accord gouvernemental USA–Grande-Bretagne sur les médicaments coûtera au National Health Service (NHS, équivalent de la CNAM) quelque 54 Mds € (0,3 % du PIB du pays) sur dix ans en surplus des coûts actuels ! Concrètement, Londres, pour éviter des droits de douane, accepte de doubler son paiement des innovations pharmaceutiques d'origine américaine… Le NHS devra « autofinancer » ce surcoût aux dépens d'autres soins... Qui paiera ? ■

À NOTER



Selon Oxfam, pas moins de 60 % des bâtiments hospitaliers sont inadaptés aux chaleurs élevées. L'ONG évalue à 900 Ms € le coût total d'une adaptation *a minima* des établissements.

•

Débuts prometteurs des IA de préconsultations médicales (type Qare, Aldebaran ou Anteos Health) destinées à mieux identifier la problématique médicale à traiter tout en offrant, de surcroît, un gain de temps.

•

30 préconisations énoncées par la mission sénatoriale sur la prévention en santé mobilisant l'ensemble de la chaîne des acteurs de soins et des financeurs (AMO et Ocam).

•

Utile de lire le numéro 309 de l'IRDES sur « *L'exposition des patients aux dépassements d'honoraires (14 actes techniques fréquents).* » Ça décoiffe !



ILS ONT DIT



« S'agissant des canicules en France existe une sorte de déni. On a l'illusion que ça reviendra toujours à la normale. Mais la normale se trouve devant nous et pas derrière nous ! Il y a donc une difficulté à appréhender cela de façon prospective. Les vagues de chaleur, c'est toujours la quintuple peine pour les plus vulnérables. Pour le travail, la garde d'enfants, les personnes déjà précaires, les personnes âgées, les patients dont la santé est fragile. Mais aussi pour l'économie en général. D'où l'impératif absolu d'agir enfin en amont des crises ».

François Gemenne, membre du GIEC, auteur de « *Parler du climat sans plomber l'atmosphère* » (Odile Jacob), dans *Paris Match*.



« Notre congrès a voté la création d'une sixième branche de la Sécurité sociale traitant des conditions de vie et de transition écologique, visant donc à mieux assurer le risque climatique… nous souhaitons une nouvelle impulsion du dialogue social. Portant notamment sur l'impact de l'intelligence artificielle dans les métiers et les entreprises… dans les mois qui viennent, nous devons être solides. Notre collectif devra tenir. Notre force militante devra tenir. Et je vous le dis comme je le pense jouer en défense, c'est parfois confortable. Mais ça n'évite pas de prendre un but. Alors nous passerons à l'offensive. Notamment concernant notre opposition viscérale à l'endroit de l'extrême droite ».

Marylise Léon, secrétaire générale de la CFDT, réélue lors du 51e congrès de son organisation.



« On ne gère bien que ce qu'on a bien préparé et on ne prépare bien que ce qu'on a anticipé. S'agissant du risque des crises sanitaires futures, notre centre comporte un pôle de préparation et d'anticipation qui travaille en permanence de manière stratégique sur les températures extrêmes, les arboviroses, etc. En 2025, nous avons réalisé 19 exercices de crise et en projetons 26 pour cette année. La DGS est prête pour des crises majeures ».

Professeur Didier Lepelletier, directeur général de la Santé dans *Avenir et Santé* (magazine des infirmières libérales), juin 2026.

COG MSA 2026-2030 actée

Adoption par le conseil de la CCMSA de sa COG 2026-2030. Le texte; contraint pour d'évidentes raisons économiques, prévoit une forte démarche qualité de service, la poursuite des transformations de l'organisation du réseau territorial. Les moyens dédiés à la gestion seront stabilisés, ce qui augure un travail sur la productivité globale du régime national. À noter un gros effort sur la prévention avec une hausse de 11 % du Fonds prévention-santé (FNPEISA). ■

Medef offensif!



Patrick Martin, président du Medef, a présenté le vigoureux plan de redressement des comptes publics et sociaux (50 mesures) de l'organisation patronale pour 2030. Avec un objectif de 100 Mds € en ligne de mire. Pour 2027, le Medef plaide pour 76 Mds € d'économies à réaliser, répartis sur les usagers (23) *via* une année blanche sur les prestations en espèces, les fonctionnaires (16), les retraités (13), l'État et collectivités locales (10), l'Assurance Maladie (6), les associations (6), les chômeurs (2). Des économies compensées pour 42 Mds € en partie au profit des salariés (9), des investissements (11) et des entreprises (22). ■

LES CHIFFRES

23 294
patients en attente de greffes d'organes au 1er janvier dernier ; 966 décès faute de greffons disponibles.

804 Ms €
de déficit de 25 CHU sur 32 en 2025 (205 Ms € en 2021).

173 502
décès en France liés aux tumeurs, soit 27 % du total, dont 40 % sont évitables (source : Inserm, Drees).

70 ans
pour la Direction générale de la Santé (DGS), bon anniversaire !

242 000
médecins en activité au 1er janvier dernier (5 000 en sus sur un an), dont 101 000 généralistes (+1 %) et 141 200 spécialistes (+2 %), 51 % de femmes, 42 % exclusivement libéraux, 13 % en activité mixte.

643 905
naissances en 2025 (le plus bas depuis 1942).

60 %
des Français ignorent ce que recouvre la prévoyance (70 % des salariés), sondage OCIRP–Elabe.

88 %
de la hausse des remboursements de médicaments entre 2016 et 2024 tient au financement des innovations.

88,8 ans
d'âge médian des résidents en EHPAD.

© Cocktail Santé - Freepik (montage) - DR

Charges et produits 2027



Ou comment suivre une route déjà tracée?

En présentant la dernière édition de son fameux rapport Charges et Produits, l'Assurance Maladie a donné le coup d'envoi officieux de l'élaboration du prochain PLFSS. En décidant de s'inscrire dans la droite lignée de l'édition précédente, et sans avancer de mesures spectaculaires, la CNAM a pu surprendre. Toutefois, si cette feuille de route peut paraître assez sage de premier abord, elle semble davantage avoir été pensée comme une étape en vue d'atteindre les objectifs de maîtrise des dépenses de santé qu'elle s'est fixée jusqu'à 2030.

Si l'édition 2026 de Charges et Produits avait surpris son monde par la volonté affichée par la CNAM de prendre un virage plus rigoriste en vue de mieux maîtriser son rythme de dépenses à court terme, matérialisée par pas moins de 60 propositions de mesures, celle qui fut présentée il y a dix jours semble aux premiers abords revenir à une formule plus classique. Pas de nouveauté sur la forme, peu sur le fond. Pour autant, et comme l'ont précisé conjointement Thomas Fatôme et Samira Lehaine, respectivement directeur général et présidente du Conseil, ce texte s'inscrit dans « *la continuité* » de cette feuille de route. Tout en précisant bien que cette posture ne doit pas être prise pour de « *l'immobilisme* », tandis que la situation budgétaire de la branche continue de se dégrader et que la perspective d'un déficit, hors mesure corrective, de 41 Mds € en 2030 est maintenue.

Pis, certaines projections tendent à faire remonter que les constats faits l'an dernier se sont dégradés depuis *(cf. schéma ci-contre)*. En conséquence, l'Assurance Maladie a présenté trois scénarios d'impact : le premier s'inscrirait dans un scénario « *tendanciel* » où les dépenses de santé s'élèveraient à 270 Mds € (+0,7 pt de PIB et + 60 Mds €/2024), le second dit de « *régulation volontariste* » qui les baisserait à 255 Mds € (+0,3 pt de PIB) et enfin, le troisième qui recouvrirait en sus la prise d'un « *virage préventif fort* ». Dans ce cas, les dépenses de santé pourraient suivre une trajectoire de croissance proche de celle de la richesse nationale (+ 0,1 pt de PIB) pour atteindre les 245 Mds €. C'est en toute logique, ce scénario sur lequel la direction générale de la caisse nationale entend privilégier.

Pour ce faire, les trois grands axes définis dans le Charges et Produits de l'an dernier sont repris *in extenso*, bien que le contenu des 40 mesures qui y sont rattachées évolue quelque peu.

Axe 1 — Prévention : la grande cause décennale

Grande cause décennale ou défi de la décennie ? Peu importe l'analogie qui peut en être faite par l'Assurance Maladie, la prévention demeure l'axe socle de la feuille de route stratégique qu'elle ambitionne de déployer d'ici 2030. Cette année l'accent est particulièrement sur les comportements à risque.

Quelques repères :

- Plus de 41 000 nouveaux cas de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies rénales…) pourraient être évités chaque année en adoptant les régimes alimentaires.
- 35 % des apports caloriques totaux de la population proviennent de l'alimentation ultratransformée.
- La France se situe au 3e rang européen en nombre de fumeurs quotidiens pour les personnes âgées de 15 ou plus.
- La BPCO touche 5 à 10 % des adultes de plus de 45 ans. 80 % des cas sont attribuables à du tabagisme actif.
- Chaque année, 22 % des enfants de petite section de maternelle ne sont pas couverts par un bilan de santé de la PMI.
- Entre 2019 et 2024, le nombre d'hospitalisations en MCO pour tentatives de suicide et automutilation a progressé de 72 % chez les 15-17 ans.

Quelles propositions?

- Rendre le Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés et y ajouter une information sur le caractère ultra-transformé des produits alimentaires.
- Interdire la vente de cigarettes à toute personne née après 2009 et, en parallèle, réguler les ventes frontalières au niveau européen.
- Renforcer le financement des actions de contrôle « clients mystères » sur la vente de tabac et d'alcool aux moins de 18 ans.
- Permettre à l'Assurance Maladie d'organiser le dépistage des troubles visuels et du langage dans les écoles.
- Renforcer la détection et la prise en charge précoces des troubles en santé mentale légers à modérément sévères chez les enfants et les adolescents en médecine générale.

Axe 2 — Parcours de soins et qualité de la prise en charge

En marge de présentation de cet axe, la CNAM a réaffirmé la nécessité de respecter la gradation du parcours de soins pour les patients chroniques, à savoir que leur suivi doit reposer sur les soins de ville, tant au niveau du premier que du second recours. Les hôpitaux n'intervenant uniquement en cas de besoins d'examens complémentaires ou de dégradation de l'état de santé du patient. Dans cette optique, l'Assurance Maladie veut « *remettre l'engagement du patient au service de la qualité du parcours de soins* », peu répandu dans les secteurs de ville et hospitalier, et davantage agir sur les déterminants de santé des personnes âgées.

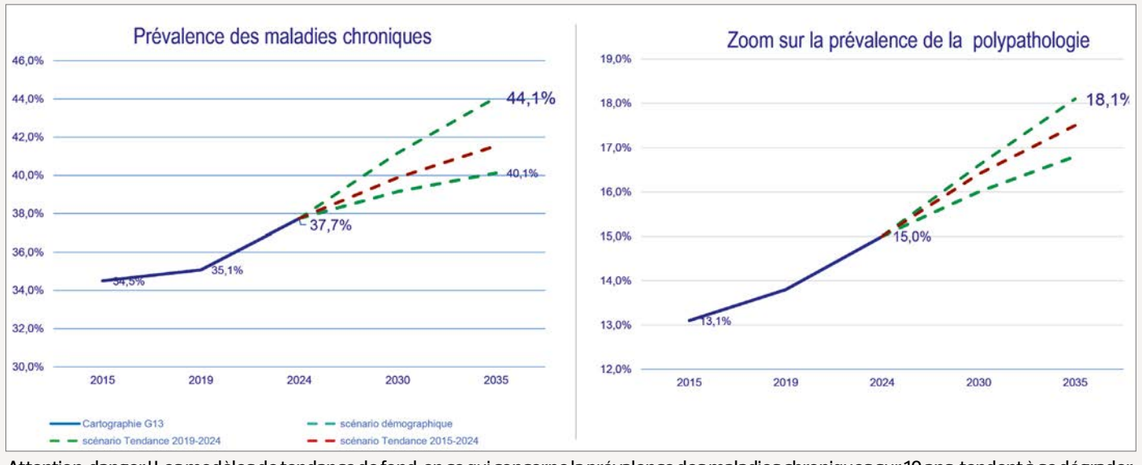
Quelques repères :

- Un patient hospitalisé sur deux souhaite participer aux décisions médicales.
- 50 % des patients dialysés, ou greffés, n'ont pas été suffisamment informés.
- Les 65 ans et plus représentent 22 % de la population :
  - 1 patient sur 2 atteints de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée, ne serait pas diagnostiqué.
  - Près de 16 % des séjours en SMR polyvalents et gériatriques durent plus de 60 jours.
  - 7 200 EHPAD accueillent plus de 680 000 personnes, dont 80 % souffrent de polypathologies.
- Si le nombre de lits hospitaliers a baissé de 4 % entre 2017 et 2023, le nombre de séjours a progressé de 2,5 %.
- Si l'activité par lit progresse dans les établissements accueillant plus de 5 000 séjours, elle recule de 8,9 % dans les petits.

Quelles propositions?

- Renforcer l'engagement des patients en soins primaires en développant le recueil de l'expérience patient en vue d'ouvrir la voie à leur systématisation. En parallèle, lancement d'une expérimentation sur le recueil du résultat des soins des patients avant, à terme, de les restituer dans leur DMP.
- Améliorer l'expérience des patients atteints d'une maladie rénale chronique en traçant systématiquement l'information sur le choix des traitements de suppléance.
- En vue de fluidifier le suivi des personnes âgées :
  - Faciliter le diagnostic précoce des maladies neurodégénératives chez le médecin généraliste en appui avec un spécialiste.
  - Développer des solutions d'hébergement temporaire pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées après des soins de réadaptation en vue de favoriser le retour à domicile.
- Mieux intégrer les déterminants du vieillissement en bonne santé dans les parcours de soins des personnes âgées :
  - Ouvrir Mon Soutien Psy aux personnes sous traitement de benzodiazépine.
  - Construire en deux ans, en partenariat avec les Ocam, les professionnels de santé et les patients, une campagne de vaccination pneumocoques.
  - Financer la vaccination contre la grippe, les pneumocoques et le Covid-19 dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Prévalence des maladies chroniques à horizon 10 ans



Attention, danger ! Les modèles de tendance de fond, en ce qui concerne la prévalence des maladies chroniques sur 10 ans, tendent à se dégrader. Y compris, par rapport à l'an dernier, où les projections tablaient sur 43 % de patients chroniques en 2035. Pis, en cas de polypathologie, les conséquences économiques sont monumentales : l'Assurance Maladie chiffrait à 8 863 € en 2024, la différence de dépenses individuelles entre un patient polypathologique et un qui ne l'est pas.

© Cocktail Santé

... ➨ Déployer la gradation des soins dans les GHT.

Axe 3 — Payer le juste soin au juste prix

Le volet « *pertinence et l'efficience des soins* » reste un incontournable. La focale est cette année davantage mise sur le médicament, les soins de masso-kinésithérapie, les IJ et la lutte contre la fraude.

Quelques repères :

➨ Avec 7,1 Mds € de dépenses nettes en 2024, les remboursements d'anticancéreux ont progressé de 10 % par an depuis 2019.

➨ 80 % des nouvelles molécules en oncologie sont classées ASMR V (progrès thérapeutique inexistant).

➨ 57,6 % des patients de plus de 75 ans en EHPAD consomment des médicaments potentiellement inappropriés (42,1 % pour ceux entrant en MCO).

➨ Un tiers des médecins déclarent « *peiner à mettre en place une déprescription face aux résistances du patient* ».

➨ Les dépenses de soins de masso-kinésithérapie progressent à un rythme annuel de 6 % depuis 2022. Sur ce total, 54 % seraient liées à l'évolution des pratiques et un patient sur quatre serait pris en charge au-delà des recommandations HAS.

➨ La profession a connu une augmentation de ses effectifs de l'ordre de 34 % sur la dernière décennie et 39 % du volume d'activité.

➨ Le montant total des IJ a augmenté de 30 % depuis 2020 (6,8 % par an, dont 7,2 % au titre de l'AT-MP).

➨ Les accidents de la route, concernant les vélos et trottinettes, ont augmenté de 11 % entre 2023 et 2024.

➨ L'Assurance Maladie a déclaré et détecté plus de 720 Ms € de cas frauduleux en 2025.

Quelles propositions?

➨ **Médicaments :**

• Meilleure adaptation de la posologie des personnes âgées atteintes de cancer dans le cadre d'une politique de désescalade thérapeutique.

• Renforcement de la prescription de génériques/biosimilaires sur les molécules à forts enjeux financiers.

• Développer le suivi en vie réelle des innovations thérapeutiques dans le cadre d'une stratégie de pertinence de la prescription.

• Faciliter la déprescription en ville, quand cela est nécessaire et en lien avec le patient/l'infirmier/médecin/pharmacien.

• Mettre en place des incitations à déprescrire dans les établissements.



« L'Assurance Maladie doit continuer cette guerre de l'intervention »

Sur les perspectives financières de la branche :

« Les perspectives 2026 sont celles d'une légère amélioration de déficit de 15,8 Mds €. Vous le savez néanmoins, dans un contexte économique très incertain, les dernières prévisions pluriannuelles issues de la LFSS 2026 nous amènent malheureusement à une nouvelle hausse des déficits de l'Assurance Maladie à hauteur de 15 Mds € en 2027 et 17 Mds € en 2029. Dans ce contexte, l'objectif fondamental que nous continuons à poursuivre consiste à éclairer les moyens de garantir la stabilité de cette maladie et à maintenir un égal accès de tous les assurés à un système de santé d'excellence. Nous ne rétablirons pas la stabilité des comptes de l'Assurance Maladie sans accélérer cette guerre de l'intervention. Il nous faut mieux organiser les parcours de soins, permettre à l'hôpital de se concentrer sur ce qu'il doit faire. Et pour cela, on doit agir sur tous les leviers, et je dis bien tous les leviers, que ce soient le juste soin au juste soin, l'accompagnement des patients, l'information ou la lutte contre la fraude ».

Sur la prévention :

« Le virage préventif, ce n'est pas un vœu, c'est une réalité qui est en train de se déployer. Concrètement, c'est 7 000 psychologues conventionnés sur les enjeux de santé mentale, des engagements « d'aller vers » massifs sur le dépistage organisé des cancers, une coalition des financeurs, c'est-à-dire un engagement conjoint l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sur des programmes de prévention comme la « génération sans carie. Le virage préventif est lancé, mais si on veut mieux structurer les parcours, il faut que la médecine de ville et l'ensemble des parties prenantes se structurent davantage ».

Sur les perspectives de dépenses :

« Les perspectives *(cf. graphique p.7)* confirment une forme d'insécurité. Le fait est que, quand vous conjuguez 44 % de la population avec maladie chronique avec 18 % de polypathologie, tout en se redisant que plus d'un quart de la population sera en affection de longue durée à l'horizon 2035, cela devient évidemment un enjeu majeur pour la stabilité de notre branche (...). Pour aboutir à un scénario où les dépenses progressent à la même vitesse que la richesse nationale, il nous faudra maîtriser les coûts et ralentir la progression des pathologies chroniques et donc, avoir davantage d'impact sur la prévention ».

Propos tenus par Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM, lors de la présentation du rapport Charges et Produits 2027, le 2 juillet dernier.

➨ **Soins masso-kinésithérapeutes :**

• Mise en place d'une régulation des installations.

• Rééquilibrer l'activité en faveur des patients complexes.

• Étudier la possibilité de forfaitiser certains soins.

➨ **IJ :**

• Expérimentation d'un parcours de suivi et de contrôle des arrêts de travail liés à des TMS et des risques psycho-sociaux en vue de faciliter le retour à l'emploi.

• Étendre aux plus de 12 ans, l'obligation du port du casque à vélo et en trottinette.

➨ **Lutte contre la fraude :**

• Modernisation et intégration obligatoire dans le système Sesam-Vitale pour tous les logiciels de facturation des professions de santé. En sus, la CNAM pousse pour dématérialiser systématiquement les flux liés aux pièces justificatives et à la vérification des droits.

• Instauration d'un délai limite de six mois pour envoi de factures en tiers-payant.

• Généraliser le dispositif tiers-payant contre carte Vitale.

• Déploiement de nouveaux outils s'appuyant sur de l'IA.

Parmi les autres chantiers présentés dans le cadre de ce rapport, on notera que l'Assurance Maladie entend renforcer son action dans les DROM. Plusieurs indicateurs pointent que, selon les territoires outre marins, la situation sanitaire devient préoccupante avec des écarts conséquents en termes d'espérance de vie par rapport à la métropole (- 9,5 ans à Mayotte, -3,7 en Guyane, - 1,5 à la Réunion...), 22,7 % de la population en situation d'obésité ...

Quel déploiement pour les mesures préconisées l'an dernier ?

Ce qui est en cours de déploiement et ce qui ne l'est pas

Prévention	Parcours de soins et qualité de la prise en charge	Payer le juste soin au juste prix
- Elargissement des compétences pour les dépistages organisés du cancer - Campagne de sensibilisation sur l'hypertension artérielle **- Obligation de la vaccination grippe en EHPAD et, pour les soignants, en établissement de santé** (attente avis HAS) - Extension du nombre de soignants et d'établissements de santé en capacité de vacciner	**- Déploiement du parcours d'accompagnement préventif (PAP) en amont de l'ALD** - Outils de financement des infirmiers de coordination **- Limitation de la durée de primo-prescription et de renouvellement des arrêts maladie** **- Déremboursement des prescriptions de médecins non-conventionnés**	**-** Nouvelles mesures sur les biosimilaires **- Baisse des tarifs en imagerie** - Campagne d'information sur les montants pris en charge par l'AMO **- Renforcement des capacités d'action et de contrôle sur l'activité des soignants** (PJL Fraudes) - Expérimentation dans 18 départements d'un dispositif de lutte contre le gaspillage de médicaments
- Interdiction des dépassements d'honoraires en lien avec des actes de prévention **- Obligation d'affichage du Nutri-Score pour les produits emballés et dans les publicités alimentaires**	- Création d'un observatoire de planification des besoins de soins et de l'offre **- Evolution des modes de régulation des dépassements d'honoraires sur les soins de spécialité** - Elaboration d'un nouveau plan chirurgie ambulatoire	- Instauration de mesures anti *jumbo groups* sur les médicaments - Création d'un observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement de l'ensemble des secteurs **- Consultation et remplissage obligatoire du DMP pour les professionnels de santé**

Principale nouveauté, sur la forme, de ce Charges et Produits 2027, la CNAM présente un tableau d'avancement du déploiement (et/ou de la finalisation) des 60 propositions qu'elle avait formulées l'an dernier. Selon le comptage de la caisse nationale, le « taux de réussite » flirte avec les 50 %.

... (17,9 % dans l'hexagone), des taux de couverture vaccinale de 20 à 30 points en moins par rapport à la moyenne française.... Face à cette réalité, le paquet va être mis dans le renforcement des actions de prévention déployées dans ces territoires. Sont ainsi principalement ciblées les questions d'alimentation, de diabète et, de santé mentale et sexuelle.

En outre, dans la perspective des économies à réaliser l'an prochain et des équilibres des dépenses des financeurs à redéfinir à terme, la CNAM propose de jeter les bases d'un nouveau pacte entre elle et les Ocam. Trois piliers pourraient constituer le socle de celui-ci : un rôle davantage accru pour les complémentaires santé dans le cadre des politiques de prévention portées par l'AMO, à l'image de ce qui est fait en matière d'examens bucco-dentaires et pour la vaccination anti-pneumocoque ; un échange croisé de données qui s'intensifierait dans le cadre des mesures votées dans la PJL Fraudes de mai dernier ; et enfin, la volonté de l'ensemble des composantes de déployer la complémentaire santé pour tous. Sur ce dernier point, sont notamment visés les 3,4 % de Français actuellement non couverts sur la partie AMC. Pour ce faire, la CNAM préconise de créer une nouvelle offre de contrat individuel « *strictement responsable* » en vue de répondre aux besoins des populations à très bas revenus.

On le constate, hormis quelques annonces qui auront engendré quelques échos médiatiques, cette feuille de route est en phase avec la ligne de l'Assurance Maladie en s'inscrivant davantage dans une logique de continuité. Loin du caractère disruptif de sa prédécesseure. D'ailleurs, une large partie des propositions formulées dans cette dernière n'a pas (ou n'a pas pu) se matérialiser dans des mesures concrètes. Y compris, sur des sujets aussi structurants que les dépassements d'honoraires ou l'obligation pour les médecins de consulter et alimenter le DMP de leur patient *(cf. encadré ci-dessus)*. Qu'en sera-t-il pour les propositions avancées dans cette édition 2027 ? Une grande partie de la réponse est attendue à l'automne prochain à l'occasion de la présentation du dernier PLFSS porté par le gouvernement Lecornu...

■ **Alexandre Beau**

Les économies ciblées en 2027

THÉMATIQUES	RENDEMENT 2027
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Produits de santé : pertinence de la tarification	1300
Régulation sectorielle	300
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800
Articulation des financeurs	600
Indemnités journalières	250
Lutte contre les fraudes	450
TOTAL	**3 900**

La trajectoire d'économies prévue pour 2027 s'inscrit également en continuité de celle définie l'an dernier avec 3,9 Mds € attendus. Si la répartition du niveau d'effort entre postes évolue, le plus gros de celui-ci sera encore une fois porté par le médicament avec 1,3 Md € suivi de la pertinence des soins avec 800 Ms €. Comme pour l'édition 2026, la CNAM projette un rééquilibrage des prises en charge AMO/AMC de certains actes à hauteur de 600 Ms €. À noter qu'avec 450 Ms € projetés, l'objectif de rendement de lutte contre la fraude se situe bien en deçà des chiffres attendus d'ici la fin de l'année. Pour rappel, l'Assurance Maladie avait dépassé les 700 Ms € de fraudes détectés et stoppés en 2025.

© Cocktail Santé / Freepik

URSSAF

La fin de la COG 2023-2027 de l'Urssaf se profile. ESE échange avec **Sophie Patout, directrice déléguée de la caisse nationale**, sur les premiers enseignements de cette feuille de route tout en se projetant sur la suivante.

« Rendre nos services plus simples et plus accessibles »



La fin de l'actuelle COG se profile, l'un de ses enjeux majeurs était de développer votre offre de services aux usagers. Engagement tenu ?

L'un des objectifs centraux de cette COG vise à rendre nos services plus simples et plus accessibles aux usagers en vue d'assurer un financement performant de la protection sociale. Sur la relation usagers, nous affichons des performances de réponse conformes aux attendus à l'image de notre taux d'appels aboutis qui n'a cessé de progresser pour dépasser les 90 % l'an dernier. De même, sur le volet digitalisation, on perçoit une réelle montée en charge des dispositifs que nous déployons. En 2025, 6,6 millions de conversations ont eu lieu *via* les voicebots, 2,7 millions *via* les chatbots et puis, nous avons aussi développé ce qu'on appelle le *live chat*, c'est-à-dire le fait que nos conseillers peuvent désormais échanger en ligne directement avec nos usagers. Près de 112 000 rendez-vous ont été réalisés par ce canal. En parallèle, nous avons également intensifié nos capacités en accueil physique notamment avec notre intégration au réseau France Services.

Et sur le volet accompagnement ?

On l'a également étoffé, car il est pour nous fondamental d'être en mesure d'apporter un service répondant aux besoins de nos usagers à chaque moment de leur vie. C'est ainsi que nous avons déployé une offre « mes premiers mois avec l'Urssaf » pour les créateurs d'entreprise. Celle-ci présente un taux de satisfaction de 85 %. Notre offre « Première embauche » s'inscrit également dans cette logique. Nous testons aussi un nouveau dispositif qui répondrait à des situations de changement de statut qui peuvent être parfois complexes. Enfin, nous continuons à renforcer notre dimension de conseil et d'accompagnement spécifique dès lors qu'une entreprise peut être amenée à se trouver en difficulté.

Où en êtes-vous sur le conséquent chantier de la fiabilisation des données sociales ?

La fiabilisation des données sociales est un enjeu majeur de cette COG. À l'heure des bilans, trois enseignements peuvent être tirés. Le premier est que nous avons gagné en sécurisation des déclarations avec la mise en place d'environ 140 types de contrôles automatiques post-dépôt DSN. Le second est que nous avons su accompagner nos conseillers et nos gestionnaires dans nos organismes pour développer la proactivité en direction de nos usagers. Concrètement, quand ceux-ci déposent leur DSN, et que l'on constate des anomalies, nos équipes les contactent pour les accompagner dans la correction. Enfin, l'enjeu de la fin d'année 2025 portait sur le déploiement de la DSN de substitution. Bien qu'en cours de finalisation, le processus fonctionne déjà. C'est fondamental, car il s'agit pour nous d'aller au bout du processus de fiabilisation de la déclaration sociale nominative.

Quels défis persistent dans ce domaine ?

Si la qualité déclarative s'améliore, des anomalies perdurent. C'est une démarche de long cours. La montée en charge, au niveau de l'interlocution avec nos collaborateurs, doit continuer de s'opérer. Et puis, il nous reste un autre sujet COG. Il concerne le processus de certification des logiciels de paie. C'est un chantier crucial pour sécuriser les flux en amont. Actuellement, des travaux sont engagés, mais la mise en œuvre effective de cette évolution est à venir.

Justement, la négociation de la prochaine COG approche. Des orientations émergent-elles déjà en vue de préparer cette échéance ?

Les travaux préparatoires de réflexion sur la nouvelle COG viennent à peine de commencer. Nous avons lancé une première phase de définition de nos grands objectifs et engagements *via* la mise en place de groupes thématiques réunissant la caisse nationale et des directeurs et agents de direction du réseau. Ces travaux devront aboutir d'ici un an pour les présenter à nos tutelles. Sur le fond, et sans présumer de l'issue de ces derniers, on peut anticiper que certains thèmes seront retenus, comme la consolidation de la relation de service avec les usagers, la poursuite de notre montée en puissance sur la lutte contre la fraude, et, bien évidemment, le renforcement de notre rôle dans la sécurisation et la fiabilisation des données pour l'ensemble de l'écosystème de la protection sociale.



Propos recueillis par Alexandre Beau

© Urssaf - Freepik

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Avantages socio-fiscaux : les pistes de l'Igas pour tout bousculer

Dans un rapport récemment publié, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) passe au crible les soutiens publics dont bénéficient les garanties de complémentaires santé et de prévoyance en entreprise. Épinglant les défauts du système actuel, la mission propose deux pistes d'évolution majeures.



Faut-il totalement rebattre les cartes du régime socio-fiscal attaché aux garanties de protection sociale complémentaire dans les entreprises ? C'est sur cette question que se penche l'Igas dans un rapport rendu en octobre dernier (mais publié fin juin). Avec un manque à gagner de 5 Mds € pour les régimes de base, le sujet mérite toute l'attention des pouvoirs publics dans le contexte de recherche d'économies.

Depuis 1980, la contribution patronale à la protection sociale complémentaire des salariés bénéficie d'un régime *« dérogatoire et complexe »*, sous la forme d'un dispositif d'exemption de l'assiette des cotisations sociales. Celui-ci est conditionné au caractère collectif et obligatoire des garanties, et côté complémentaire santé à la nature solidaire et responsable des contrats. Mais le dispositif ne remplit pas sa mission d'incitation au développement des couvertures collectives. Pour l'Inspection générale, il apparaît *« dénué d'objectifs précis pour la prévoyance et ne semble plus pertinent pour la complémentaire santé »*, notamment à la suite de l'Ani de 2013 dans le secteur privé.

Maintien ou suppression?

Pire, l'exemption amplifierait *« certains défauts de la couverture complémentaire santé »*. Combinée *« au caractère peu limitant du plafond des contrats responsables et aux possibilités de contournement offertes par les surcomplémentaires »*, elle favoriserait *« des garanties paraissant peu responsables »*, comme les médecines douces et les dépassements d'honoraires élevés. En prévoyance, les garanties demeurent très peu connues des salariés. Et les niveaux de protection et de contribution de l'employeur s'avèrent très disparates.

Face à ces constats, l'Igas propose deux scénarios opposés : le *« maintien de l'exemption, mais en la conditionnant strictement à des objectifs précis, ou sa suppression »*. Cette deuxième voie concernerait en priorité la complémentaire santé *« en raison de son caractère inégalitaire pour les assurés sociaux et de ses effets inflationnistes »*. À court terme, 2,4 Mds € de ressources supplémentaires seraient dégagées pour la Sécurité sociale, tandis que les dépenses de l'État grimperaient de 1 Md €. Cette hausse pourrait être en partie compensée par un abaissement, voire une suppression, des plafonds d'exonération d'impôt sur le revenu. La fin de l'exonération impliquerait également des coûts supplémentaires pour les salariés (+ 0,6 Md €), comme pour les employeurs (+ 1,8 Md €). Toutefois, une baisse du taux de TSA sur les contrats solidaires et responsables permettrait de les atténuer.

Dans l'hypothèse d'un maintien de l'exemption, la mission préconise la construction de *« régimes complémentaires obligatoires de branche »*, voire d'un *« régime interprofessionnel unique de protection sociale complémentaire »*, par les partenaires sociaux. La prévoyance pourrait être concernée la première, cette couverture relevant déjà d'accords de branche dans la plupart des cas.

Améliorer à court terme

Au-delà de ces deux scénarios, la mission identifie plusieurs aménagements pour généraliser la prévoyance et *« limiter les défauts »* de la complémentaire santé. Elle préconise l'application du taux de droit commun du forfait social, soit 20 % (au lieu de 8 % aujourd'hui), avec à la clé 1,8 Md € de ressources supplémentaires pour la « Sécu ». La mission recommande également *« de restreindre le champ des garanties pouvant être offertes dans le cadre des contrats solidaires et responsables »*, et *« d'interdire la souscription dans le cadre de l'entreprise de contrats ou options non responsables »*. Pour ces derniers, le taux de TSA serait relevé à 33 % (contre 20,27 % actuellement). En prévoyance, l'exemption pourrait être conditionnée *« à la mise en place d'une couverture uniforme de l'ensemble des salariés d'une même entreprise »*.

Ce rapport s'ajoute à toute une série de travaux récents ou en cours sur les complémentaires santé, notamment ceux de la mission gouvernementale sur l'articulation AMO-AMC (dont les conclusions sont attendues à la fin du mois). Ces contributions pourront nourrir le prochain PLFSS, mais aussi une réflexion plus large à l'approche de la présidentielle.

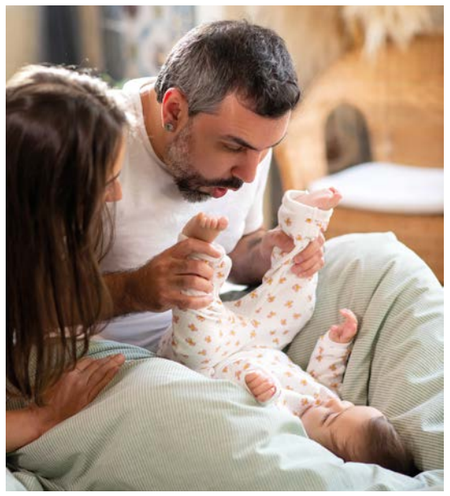
Émile Guédé

© Freepik

PARENTALITÉ

Top départ pour le congé supplémentaire de naissance !

Après la publication de plusieurs décrets fin mai dernier, ce nouveau congé indemnisé, introduit par la LFSS 2026, est entré en vigueur au début du mois. Le point sur ce dispositif.



© Freepik

Depuis le 1er juillet dernier, les jeunes parents peuvent, s'ils le souhaitent, passer plus de temps auprès de leur nouveau-né. Créé par la LFSS 2026, le congé supplémentaire de naisance s'ajoute aux différents congés existants et permettra aux pères et mères de rester un ou deux mois de plus avec leur bébé, tout en étant indemnisés. Sa mise en place intervient dans un contexte de baisse de la natalité, avec pour la première fois depuis 1930 un solde naturel négatif en 2025. La ministre de la Santé et des Familles, Stéphanie Rist, évoque une « *mesure d'égalité pour une meilleure conciliation vie familiale et vie professionnelle* ».

Ce congé peut être pris en une fois ou fractionné en deux périodes d'un mois, de façon simultanée entre les deux parents ou échelonnée. Il doit débuter dans les neuf mois suivant la naissance, ou l'arrivée au sein du foyer. À titre exceptionnel, pour les bébés ayant vu le jour et les enfants adoptés au premier semestre de cette année, le délai est décompté à partir du 1er juillet.

Indemnisation à 70 %

Pour maintenir les ressources des parents pendant cette période, les salariés percevront des indemnités journalières correspondant à 70 % de l'assiette des salaires prise en compte (sur la base des trois mois précédant le congé) le premier mois, puis 60 % pour le second, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale (soit 4 005 € au 1er janvier 2026). Les travailleurs indépendants et fonctionnaires sont également indemnisés sur le même principe.

L'Assurance Maladie est chargée de la gestion du dispositif, dans la continuité du versement des IJ maternité, paternité et adoption, assuré par les Cpam et caisses de MSA. Dans l'étude d'impact du PLFSS, le gouvernement évoquait un nécessaire « *paramétrage des systèmes d'information pour adapter le niveau d'indemnisation à cette période de congé (puisque son niveau sera distinct de celui appliqué pour les indemnités journalières maternité, de paternité et d'adoption) et pour disposer des informations relatives aux périodes à indemniser* ». En vue de mener sereinement ces travaux, la réforme était initialement prévue en 2027, mais les députés ont avancé le calendrier au 1er janvier 2026. Les développements techniques ont cependant nécessité un décalage de six mois.

En année pleine, le coût de la mesure est estimé à 300 Ms € au démarrage, puis il grimperait progressivement pour atteindre le double, après trois ans. Dans un contexte de fortes tensions sur les dépenses publiques, le décalage de 14 à 18 ans de la majoration des allocations familiales (qui devrait rapporter 210 Ms € cette année) doit compenser l'impact de la réforme.

Dispositifs complémentaires

Pour bénéficier du congé supplémentaire de naissance, les salariés doivent simplement informer leur employeur, au maximum un mois avant (15 jours lorsque le congé suit immédiatement un congé paternité ou d'adoption). Ce dernier fera ensuite la transmission à la Cpam.

Avant d'accéder à ce nouveau dispositif, les parents devront d'abord avoir pris leurs congés de maternité (soit 16 semaines), de paternité et d'accueil de l'enfant (25 jours au total, dont 4 obligatoires), ou d'adoption (16 semaines + 25 jours pour un couple). Après ce nouveau congé supplémentaire, ils pourront rempiler jusqu'aux trois ans de l'enfant avec un congé parental d'éducation, et bénéficier à ce titre de la Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE), versée par les Caf ou la MSA. Toutefois, l'indemnisation dans ce cadre apparaît nettement inférieure (459,70 € en cas d'arrêt total de l'activité). Ces différents dispositifs peuvent donc se succéder dans le temps, mais ne se cumulent pas.

Outre l'égalité entre les parents et la meilleure conciliation entre les vies professionnelle et familiale, cette réforme a d'autres atouts. Dans un rapport rendu fin 2024, la Cour des comptes rappelait ainsi que la garde parentale s'avère « *moins onéreuse pour les finances publiques que l'accueil formel* ». Elle peut également compenser une partie des pénuries de personnels affectant le secteur de la petite enfance.

Émilie Guédé

En partenariat avec institut 4.10

SANTÉ AU TRAVAIL

Des managers à davantage outiller

Le nouveau plan gouvernemental sur la santé au travail a vocation à provoquer un changement de paradigme au sein des organismes en leur demandant d'organiser les conditions d'un travail soutenable. Avec derrière, l'objectif de réduire le nombre d'arrêts maladie et de freiner la montée des troubles psychiques. Les managers s'inscrivent à terme au cœur de cette évolution.

Retour en arrière, en avril dernier, avec la présentation du plan gouvernemental de lutte contre l'absentéisme. Cette feuille de route sonne comme un appel à la mobilisation générale des acteurs économiques et sociaux dans l'optique d'endiguer un poste qui pèse lourd sur les comptes de la branche Maladie avec 18 Mds € d'indemnisations versées rien que l'an dernier. Plus inquiétant encore, sur les plus de 9 millions d'arrêts recensés en 2024, l'Exécutif pointe que 40 % d'entre eux seraient inexpliqués. Or, en attendant de mesurer l'efficacité des dernières actions portées par l'Assurance Maladie, avec les dispositifs MSO-MSAP, et malgré l'adoption de mesures contraignantes dans la dernière LFSS, le volume d'arrêts prescrits ne cesse de gonfler.

Une situation qui se complexifie

Sur le terrain, la situation tend à se complexifier dans les entreprises et les administrations avec un absentéisme reposant sur de multiples facteurs. De récentes études, réalisées par les assureurs Malakoff Humanis et Axa, attestent de cela en pointant notamment une hausse importante du taux d'arrêt de travail chez les jeunes et les cadres, deux segments historiquement peu exposés, et le poids prépondérant pris par le polyabsentéisme (38,5 % des salariés de moins de 30 ans ont été arrêtés au moins deux fois l'an dernier). Derrière ces tendances, et notamment en ce qui concerne les arrêts longs, les causes liées à la santé mentale reviennent majoritairement : perte de sens, épuisement, désengagement, stress, gestion de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle… . Face à cette complexification de l'environnement de travail, dépassant le seul cadre RH, déployer une stratégie de prévention ciblant les facteurs générant de l'absentéisme au sein des organismes s'avère donc être un des principaux leviers à mobiliser. Le Plan Santé au Travail (PST) 2026-2030, co-construit par le gouvernement et les partenaires sociaux, qui a été présenté en Conseil national d'orientation des conditions de Travail le 5 juin dernier, s'inscrit dans ce cadre.

Des changements à opérer

Cette feuille de route pluriannuelle porte plusieurs mesures visant à inciter les entreprises à davantage s'impliquer, notamment dans des secteurs particulièrement exposés, tels que le BTP, le secteur sanitaire et social, le transport et l'agriculture : prioriser les formations obligatoires au niveau des collectifs de travail, des managers et des nouveaux arrivants ; rendre l'usage des outils de prévention systématiques (Passeport prévention, TMS Pro, PSSM…) ; davantage sensibiliser sur les comportements à risque et sur les facteurs pouvant entraîner de l'usure professionnelle ; et enfin, former aux risques émergents (IA, changement climatique…) et à leurs impacts sur les environnements de travail. Cette série de préconisations vise autant à faire passer un cap aux politiques de prévention déployées au sein d'organismes, qu'elle responsabilise davantage les décideurs internes. Au premier rang de ceux-ci, les managers dont le rôle en tant qu'acteur de première ligne dans l'observance et la détection de signaux faibles d'alerte, la responsabilisation dans l'évaluation des risques et, l'organisation de la charge de travail, est ici mis en exergue. En somme s'opère la perspective de voir le manager se transformer progressivement en un rouage opérationnel essentiel dans le déploiement d'une démarche préventive.

Une démarche qui, bien qu'elle s'inscrive sur le long terme, nécessite d'agir à court terme.

Alexandre Beau



© Freepik

FORMER, À TOUS LES NIVEAUX

Pour répondre aux enjeux de formation de vos collaborateurs, l'Institut 4.10 déploie une offre globale de services : prestation de conseil en organisation, accompagnement des services RH, des managers et des salariés sur les sujets de santé mentale, formations spécifiques sur les techniques et pratiques managériales, accompagnement des salariés aidants...

Pour plus d'informations sur ces offres :

LFSS

Conseil constitutionnel et droit de la Sécu, une alliance incertaine



© Conseil constitutionnel

Perçu à tort comme un lieu contingent, éloigné de la vie pratique, le Conseil constitutionnel est cependant un rouage essentiel de notre démocratie. Dans un temps politique de plus en plus instable, sa responsabilité ne pourra que décupler. Raison de plus pour questionner, au travers de certaines décisions récentes, son positionnement stratégique.

La doctrine veut que le Conseil constitutionnel ne soit ni une cour suprême, à l'instar de la cour fédérale américaine, ni, heureusement, une instance chargée de réécrire les lois « mal fagotées » par un parlement instable. Ce « ni-ni », très français dans son non-dit, crée parfois un trouble institutionnel. Outre la question des nominations, jugées trop politiques, c'est la dimension interprétative qui sous-tend certaines décisions qui peut faire problème.

Décisions pertinentes?

Par exemple, celle tombée le 18 juin dernier (n° 2026-904 DC) sur la loi relative à la lutte contre les fraudes fiscales et sociales. Si l'essentiel du texte voté au Parlement est validé, le conseil censure néanmoins une disposition de son article 21 concernant le droit des assurances complémentaires à recouvrir à des intermédiaires (concentrateur de données notamment) pour l'échange d'informations. Au motif « *que le législateur n'a pas entouré le recours à un intermédiaire* (la plateforme) *de garanties propres à assurer une conciliation équilibrée* (sic !) *entre le droit au respect de la vie privée et l'objectif de valeur constitutionnel de lutte contre la fraude* ». Clairement, les opérateurs de tiers-payant ne sont pas concernés par la censure. Satisfaction, soulagement au sein des acteurs complémentaires qui craignaient un porte-à faux juridique aux conséquences lourdes pour l'activité des plateformes de tiers-payant et moteur d'accès aux soins.

Juridisme tatillon

On est donc en droit de s'interroger si cette décision ne constitue pourtant pas une énième manifestation de méfiance récurrente des juges à l'endroit des acteurs privés de la santé, notamment des assureurs complémentaires. Une conjecture possible au vu de l'autre décision, intervenue cette fois, lors de la validation de la LFSS 2026 enjoignant aux Ocam (organismes complémentaires d'assurance maladie) de geler leurs tarifs en 2026. Un article de loi sans aucune valeur juridique d'aucune sorte. Lequel a largement défrayé la chronique depuis. Au point, qu'embarrassé le gouvernement croît bon d'envoyer « la patate chaude » au Conseil d'État en lui réclamant une issue d'ordre réglementaire pour combler un pur désordre législatif !

En matière de confusion en droit, d'autres cas peuvent être cités. Par exemple, celui de la LFSS 2019 augmentant le taux de CSG à 9,2 % (+1,7 %) pour se substituer les cotisations salariales au régime Unedic et assujettissant les retraités d'une part à cette hausse et d'autre part à leur faire contribuer au financement du régime d'assurance chômage. Auquel, par définition, ils ne peuvent-être assujettis ! Saisis par l'opposition parlementaire, les neuf sages (membres du Conseil constitutionnel) ont certes pointé la double incongruité de la réforme incluse dans la LFSS 2019, mais n'ont pas souhaité remettre en cause les fondamentaux de la réforme de l'assurance chômage ardemment voulue par le gouvernement.



Lors de la validation des lois organiques de financement en 2004, ledit conseil avait pourtant clairement confirmé l'exclusion de l'assurance chômage du périmètre des LFSS. Mis à la porte, de pincipe, le revoilà revenu « par la fenêtre » par une décision purement circonstancielle ! Comprenne qui pourra…

Ou (et) opportunisme politique?

En matière d'opportunisme politique, le summum fut atteint lors de deux décisions sur la défiscalisation des heures supplémentaires, au-delà de la règle des 35 heures classiques. Août 2007, le président Sarkozy obtient le feu vert du conseil pour la défiscalisation des « heures sup » selon sa démarche du « *travailler plus pour gagner plus* ». Saisis par l'opposition de gauche au Parlement, soutenue en cela par les organisations syndicales, les neuf sages ont, là encore, revendiqué leur droit à ne pas censurer une mesure perçue pourtant comme inégalitaire, puisque des salariés travaillant 39 heures payaient des impôts sur leur temps complet de travail à la différence des autres, déjà aux 35 heures, accomplissant alors des « heures sup ». Motif du Conseil constitutionnel ? Ne pas perturber la mise en place de la nouvelle politique économique et sociale du président de la République, nouvellement élu. Un peu court comme argument. *A contrario*, cinq ans plus tard, François Hollande, élu chef de l'État, défait la mesure de défiscalisation de son prédécesseur. Sans subir alors les foudres des sages de la rue Montpensier.

D'autres décisions confirment, la tendance du Conseil constitutionnel à semer le doute sur la qualité juridique de ses travaux. Qu'il s'agisse des retraites, de la politique migratoire, même des questions éthiques, comme la fin de vie. Récemment, sur la demande de 200 parlementaires de droite sollicitant l'ouverture de la procédure d'un référendum d'initiative partagée, le conseil a rejeté la démarche au motif que l'article 11 de la Constitution, ouvrant droit à cette procédure, n'évoque que des questions sociales et non pas éthiques. Un argument incertain d'autant plus que le chef de l'État, lui-même, évoquait sur cette question l'idée d'une consultation nationale.

Stricte égalité du droit ou rupture proportionnée

L'examen de la jurisprudence du Conseil constitutionnel fait apparaître la clé centrale d'acceptabilité ou de censure des législations adoptées par le Parlement lorsqu'il s'agit de la question de l'égalité des droits des personnes, cœur de l'article 34 de la Constitution, au même titre que les libertés. Le Conseil est vigilant sur ce point, ce que l'on peut comprendre aisément. Toutefois, il admet des dispositions législatives dérogatoires à la stricte application de ce principe cardinal. La mesure législative projetée doit viser l'intérêt général et pratiquer une forme de proportionnalité ou modération dans la discrimination du droit.

Là, on se situe nettement dans une dimension interprétative et projective de la dérogation. Donc dans un champ éminemment politique.

S'il est un domaine où cette problématique se pose et prendra de l'ampleur dans les temps à venir, c'est bien celui du droit social en général, de la Sécurité sociale en particulier. Le risque accru d'atomisation des sphères de la vie économique et sociale, croisée avec l'exigence de décentralisation, de participation directe des citoyens aux choix sociaux, compliquera singulièrement la tâche d'arbitrage des juges constitutionnels.

LFSS et cavaliers législatifs

Dernier aspect, non des moindres, de la dialectique entre les LFSS produites par le Parlement et les décisions du Conseil, l'existence permanente de censures des « cavaliers législatifs ». Un sport national qui voit parfois le couperet des juges s'abattre inexorablement sur des cohortes d'articles de lois. Suscitant ainsi l'ire chez les acteurs du système, qu'ils soient parlementaires, exécutif et professionnels sectoriels du domaine. Petit retour en arrière. Avant 1996, date de la première LFSS, existait un dispositif législatif particulier appelé projet de loi dit « DDOS ou DMOS » (diverses dispositions d'ordre social) traité en fin de session d'automne. Une sorte de train de marchandises législatif, une voiture « balai » où tous les ministres, les parlementaires pouvaient placer leurs besoins de faire évoluer la législation. Le ministre en charge de la Sécu faisait alors adopter en Conseil des ministres un projet de loi recélant 30 articles. Mais au final il recensait quelque 80 dispositions au sortir de la procédure parlementaire…

Ce dispositif n'existe plus. D'où les frustrations, les blocages de réformes faute de portage législatif possible. Là se niche une responsabilité importante du Conseil constitutionnel. Ce dernier « éjecte » parfois des dispositions légitimes et indispensables à la vie sociale dont la dimension économique est réelle. C'est toute l'ambiguité de la rédorme de 1996 qui est posée.

Avec le recul de trente années des LFSS, devenues un outil majeur de notre démocratie sociale, si l'utilité et la qualité des travaux du Conseil constitutionnel sont unanimement reconnues, quelques épines « irritatives » perdurent et mériteraient d'être corrigées.

Pascal Beau

Mgéfi
groupe matmut

Quand on a plusieurs vies, on attend de sa mutuelle qu'elle les protège toutes

La mutuelle spécialiste de la protection santé et prévoyance des agents publics

avec 90% de taux de satisfaction adhérent
(Baromètre annuel 2024 - INIT)



Fidèle aux valeurs du mouvement mutualiste, la Mgéfi promeut une santé qui se défend d'être une marchandise.

Choisir la Mgéfi, c'est rejoindre un système de solidarité unique fondé sur un engagement mutuel qui s'inscrit sur le long terme. Via un accompagnement personnalisé, des actions de préventions ciblées, et des solutions d'accompagnement social, **la Mgéfi s'engage concrètement aux côtés de ses adhérents.**

Bénéficiant de la robustesse du Groupe Matmut, la Mgéfi garantit une protection sociale humaine. Son savoir-faire éprouvé se fonde sur sa proximité et sa connaissance fine des besoins des agents publics.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité - Siren n° 499 982 098 - 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr

Basé sur 7 300 avis
Excellent ★★★★★ Trustpilot

mgefi.fr